UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1954 - N° 183

TRAITEMENT DES FISTULES VESICO-VAGINALES à l'Hôpital Central Africain de Dakar durant les années 1952-1953

Travail de l'Ecole Préparatoire de Médecine et de Pharmacie de l'Institut des Hautes Etudes de Dakar
(Clinique Chirurgicale : Professeur Roger LETAC)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 20 Octobre 1954

PAR

Robert MARC

Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine et des Troupes Coloniales
Externe des Hôpitaux
né le 16 mai 1929 à Nantes (L.-I.)

Examinateurs de la Thèse : MM. MASSE, Président. — POUYANNE, Professeur. — LETAC, Professeur. — CHAVANNAZ, Agrégé. — Juges.

BORDEAUX

UNION FRANÇAISE D'IMPRESSION
185, Cours de la Marne

1954

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543913_0038

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1954 - N° 183

TRAITEMENT
DES FISTULES VESICO-VAGINALES
à l'Hôpital Central Africain de Dakar
durant les années 1952-1953

Travail de l'Ecole Préparatoire de Médecine et de Pharmacie
de l'Institut des Hautes Etudes de Dakar
(Clinique Chirurgicale : Professeur Roger LETAC)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 20 Octobre 1954

PAR

Robert MARC

Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes Coloniales
Externe des Hôpitaux

né le 16 mai 1929 à Nantes (L.-I.)

Examinateurs de la Thèse : MM. MASSE, Président. — POUYANNE, Professeur. — LETAC, Professeur. — CHAVANNAZ, Agrégé. — Juges.

BORDEAUX

UNION FRANÇAISE D'IMPRESSION
185, Cours de la Marne

1954

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE
DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR** : M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	CREYX / BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN / MASSÉ
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et Clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS

	MM.
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique médicale et desmaladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	F.-J. TRAISSAC
Hydrologie thérapeut. et climatologie	DUBARRY

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

BLANQUET (Physique pharmaceutique)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MAHON (Obstétrique) ; PAUTRIZEL (Parasitologie)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Physiologie	Mlle ROUGIER
Bactériologie	MOUSTARDIER
Anatomie pathologique	LEGER
Anatomie	RIGAUD

	MM.
Pharmacie (1re section)	R. GOLSE
Pharmacie (2e section)	MASQUELIER / QUILICHINI
Pharmacie (3e section)	CAZAUX
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ : R. STOLL (Histologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN / LENG-LEVY / MORETTI / LAVIGNOLLE
Chirurgie générale	LAUMONIER / CHAVANNAZ / VILLAR / TINGAUD / DEPAULIS

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE / FAUGERE
Ophtalmologie	BESSIERE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
Puériculture	VERGER / PERY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Anatomie	CABANIÉ
Cryptogamie	LAUBIE

	MM.
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER / VILLAR
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Obstétrique sociale	MAHON
Physiologie	BENELLI

Le Secrétaire principal de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PERE ET A MA MERE

Pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.
Bien faible témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MES SŒURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR L'ABBE LURTON
AUMONIER DE MARINE

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MONSIEUR LE MEDECIN CAPITAINE BARROUX

Professeur agrégé du Service de Santé Coloniale

Chirurgien des Hôpitaux Coloniaux

Croix de Guerre

Qui par sa bienveillante attention et son précieux enseignement nous a permis de mener à bien ce travail inspiré par lui.

Qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de notre gratitude et de notre respectueuse admiration.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE MEDECIN GENERAL
DE PREMIERE CLASSE TABET

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales
Spécialiste des Hôpitaux Maritimes
Commandeur de la Légion d'Honneur
Commandeur de l'Ordre de la Santé Publique
Officier du Mérite Maritime

A MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF
DE PREMIERE CLASSE CONSTANS

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales
Spécialiste des Hôpitaux Maritimes
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1939-45

A TOUS NOS PROFESSEURS
DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE ET COLONIALE

A NOS JUGES.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE
J. CHAVANNAZ

Chirurgien des Hôpitaux
Associé National de l'Académie de Chirurgie
Officier de la Légion d'Honneur
Médaille Militaire
Croix de Guerre 1914-1918 et 1939-1945
Officier d'Académie

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. LETAC

Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux
Professeur agrégé des Facultés de Médecine
et du Corps de Santé de l'Union Française
Chirurgien des Hôpitaux de l'Union Française
Professeur à l'Ecole de Médecine de Dakar
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1914-1918

Toute notre reconnaissance pour les sages conseils qu'il nous a prodigués et la sollicitude qu'il a bien voulu nous témoigner.

Qu'il en soit respectueusement remercié.

MONSIEUR LE PROFESSEUR POUYANNE

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie
Chirurgien des Hôpitaux
Officier d'Académie

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. MASSE

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Directeur du Centre Régional de Transfusion Sanguine
Associé National de l'Académie de Chirurgie
Membre du Comité Français
de l'Association Internationale de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur
Chevalier de l'Ordre de la Santé Publique
Officier de l'Instruction Publique

Qui nous a fait l'honneur de présider cette thèse.

Hommages respectueux.

PRÉAMBULE

Par leur fréquence et leur gravité, les fistules vésico-vaginales (F.V.V.) constituent en A.O.F. une des premières affections chirurgicales féminines.

Leur fréquence est incroyable. Quelques chiffres la mettent en lumière. Dans le service de chirurgie, à l'Hôpital Central Africain, sur 110 lits réservés aux femmes, 20 à 30 en moyenne sont occupés de façon constante par des F.V.V. Dans le même service, durant l'année 1952, 56 femmes porteuses de F.V.V. ont été hospitalisées. Pour l'année 1953, on relève 46 hospitalisations.

Au cours de ces deux années, 1.738 femmes ont été hospitalisées en 1952, 1.365 en 1953, dans le service de chirurgie. Le pourcentage des lits occupés est dû au nombre considérable des jours d'hospitalisation en raison des procédés de réparation anatomique de la vessie avec néo-urètre. En effet, la durée moyenne d'hospitalisation d'une femme atteinte de F.V.V. a été de 121 jours.

Si l'on considère la fréquence des interventions, l'importance des F.V.V. est encore plus évidente :

— en 1952 : 99 interventions ont été pratiquées pour F.V.V.

— en 1953 : 90 interventions.

Cette fréquence s'explique par l'origine obstétricale vraie de ces F.V.V. Presque toutes sont dues à une ischémie par compression prolongée au cours d'un accouchement laborieux.

Ceci permet de comprendre la fréquence des F.V.V. dans toutes les « contrées à standing obstétrico-social insuffisant ».

Pour l'A.O.F., en 1952, Berlemont, de Bamako, rapportait 34 cas de F.V.V. post-partum en milieu africain (3).

Par la suite, au même hôpital du Point G., à Bamako, 50 interventions pour F.V.V. étaient pratiquées en 1952 et 40 en 1953.

En Afrique du Nord, les F.V.V. existent également, quoique moins fréquentes, puisque Sabadini et Ducassou (21), d'Alger, citent 2 à 3 hospitalisations pour F.V.V. par mois.

Par ailleurs, les F.V.V. se voient également en Indochine et d'une façon générale dans tout l'Extrême-Orient. Krishnan aux Indes a publié 100 cas de F.V.V. observés en 3 ans et demi (23).

Enfin, les F.V.V. se rencontrent dans d'autres pays sous-développés, notamment en Amérique du Sud, en U.R.S.S.

Comme le dit Cabanié, de Tanger, les F.V.V. d'origine obstétricale vraie sont « à l'échelle mondiale, une maladie beaucoup plus fréquente que les fistules vésico-vaginales d'autres origines. » (9)

⁂

Si les F.V.V. en A.O.F. constituent par leur fréquence une véritable « maladie sociale », elles sont également remarquables par leur gravité.

Elles sont graves par suite de l'étendue des lésions anatomiques, de l'ancienneté de la fistule, de l'infection urinaire presque constante, et enfin de l'état général souvent déficient.

Les lésions anatomiques sont souvent considérables. D'une façon générale, il s'agit de fistules admettant de 1 à 3 doigts.

Mais ce qui fait la gravité de ces lésions, plus que leur étendue, c'est leur situation. En effet, dans plus de la moitié des cas, à la perte de substance plus ou moins étendue de la cloison vésico-vaginale, s'ajoute une perte partielle ou totale de l'urètre. Enfin,

dans un cas sur huit, il existe une fistule recto-vaginale concomitante, tantôt petite, tantôt réalisant une déchirure complète du périnée. On se trouve alors en face d'un vaste cloaque vagino-vésico-rectal pour lequel la réparation anatomique complète est difficile.

Les tissus péri-fistuleux sont envahis par une sclérose cicatricielle qui immobilise les bords de la fistule et entraîne une atrésie vaginale plus ou moins importante. Cette sclérose s'explique en partie par l'ancienneté de l'accident obstétrical. En effet, la moitié des malades, comme l'indique le tableau suivant, ne viennent consulter qu'un an après le début de la fistule.

TABLEAU DE L'ANCIENNETE DE LA FISTULE SUR 95 CAS POUR LES ANNEES 1952-1953

Jours	1				15				20		
Nombre de cas	1				1				1		Total : 3
Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Nombre de cas	12	6	8	7	4	4	2	2	2		Total : 47
Années	1	2	3	4	5	6	7	9	10	15	
Nombre de cas	16	9	6	3	3	1	2	1	3	1	Total : 45

L'infection urinaire existe presque toujours. La pratique systématique de l'examen cyto-bactériologique des urines a permis de constater la fréquence des colibacilluries. L'infection ascendante est également fréquente. Par l'urographie intra-veineuse, on a pu dans certains cas noter des lésions urétéro-pyélo-calicielles.

L'altération de l'état général n'est pas toujours évidente. Pourtant elle est fréquente chez ces femmes toutes indigentes et souvent carencées, anémiées et parasitées.

⁂

Le caractère social de la fistule vésico-vaginale est attesté par ses conséquences sur le plan familial africain.

La F. V. V. est une infirmité insupportable. Perdant les urines par le vagin, ces femmes ont les cuisses irritées, répandent autour d'elles une odeur urineuse désagréable pour elles-mêmes et pour leur entourage. Ces malheureuses sont fréquemment répudiées et abandonnées par leur mari. Ceci explique leur volonté farouche d'être guéries et par suite leur docilité malgré les durées d'hospitalisation souvent très longues et les interventions fréquemment itératives. « To be dry or die », disait une malade porteuse de F.V.V. à Marion Sims.

Parfois cette même infirmité terrible finit par retentir sur le comportement psychique de ces pauvres femmes.

Cette infirmité est d'autant plus grave que la cure des F.V.V. est difficile à réaliser et les résultats en sont souvent décevants. En Afrique, « le jeune praticien fraîchement débarqué, s'il a des tendances chirurgicales, trouve en elles de quoi faire ses premières armes, concurremment avec la hernie, l'éléphantiasis ou l'hydrocèle. Tandis que ces dernières interventions donnent en général de bons résultats, la fistuleuse qui porte un fardeau autrement pénible est rebutante : pour l'opérer, il faut travailler au fond d'un puits, dans une pose incommode, et sur quel matériel ! Pertes fétides, urines purulentes, concrétions calcaires et fibrineuses obstruant le vagin, parois scléreuses, utérus souvent fixé et ne se laissant pas amener, vagin étroit. Et pour une intervention toujours longue, pénible et ennuyeuse, des résultats médiocres, sinon nuls » (24).

On comprend comment, devant les échecs fréquents des réparations anatomiques, devant le grand désir des malades d'une guérison quel qu'en soit le risque, certains chirurgiens ont été amenés à pratiquer d'emblée des dérivations urétéro-sigmoïdiennes devant des lésions qu'ils jugeaient irréparables. D'ailleurs, tout échec d'intervention curatrice est un échelon de plus que l'on fait franchir à la malade vers l'aggravation et l'incurabilité.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

Les fistules vésico-vaginales relèvent actuellement en Europe de causes diverses :

1° Les fistules d'origine traumatique sont exceptionnelles.

2° Les fistules pathologiques résultant d'une lésion inflammatoire ou néoplasique, sont rares.

3° Les fistules d'origine obstétricale, autrefois les plus fréquentes, tendent aujourd'hui à devenir plus rares, grâce au développement de l'obstétrique moderne.

4° Les fistules chirurgicales « résultent assez peu des opérations urologiques (quelques cas dus à des interventions sur le col vésical). Pratiquement, elles sont le fait des interventions gynécologiques » (Hystérectomie totale, opération de Wertheim, Hystérectomie vaginale, périnéorraphie). (4)

5° Les fistules post-curiethérapiques ou « radiques » tendent à devenir les plus fréquentes. Elles apparaissent au cours ou après le traitement curiethérapique du cancer utérin, vaginal, vésical.

La statistique étiologique sur 131 cas traités en 13 ans qu'a publiée en 1953 R. Couvelaire donne la fréquence actuelle de ces différentes causes de F.V.V. (18).

Nous la résumons dans le tableau ci-contre en comparaison avec la nôtre.

ORIGINE	Statistique Couvelaire sur 131 F.V.V.	Statistique H.C.A. Dakar sur 102 F.V.V. (en deux ans)
Obstétricale vraie	0	89
Obstétricale instrumentale	42	99
Forceps	32	6
Basiotripsie	3	0
Incision du col utérin	5	1
Césarienne	2	2
Chirurgicale	72	0
Pathologique	4	4
Maladie Nicolas-Favre	1	3
Eléphantiasis	0	1
Cancer du col utérin	2	0
Tuberculose vésicale	1	0
Radique	11	0
Endoscopique	1	0
Traumatique	1	0

Comme on peut le constater, la presque totalité des F.V.V. observées en A.O.F. reconnaît comme cause l'ulcération compressive des anciens accoucheurs. Il s'agit là d'une *origine « obstétricale vraie »*. En effet, sur 102 fistules vues en deux ans, 89 reconnaissent cette origine obstétricale « non instrumentale ». 87 % de nos cas relèvent donc d'une compression prolongée des tissus maternels par la tête du fœtus.

On doit noter que malgré sa grande expérience, M. Couvelaire n'en a observé aucune de ce type. La dénomination parfois employée de fistules « africaines » peut donc se justifier, ne serait-ce que par l'étiologie, sans préjuger du caractère des lésions anatomo-pathologiques et de la réputation d'incurabilité de certaines d'entre elles.

La compression des tissus mous par la présentation fœtale au cours d'un accouchement laborieux entraîne une ischémie qui est d'autant plus grave que les parties molles sont comprimées directement contre un plan osseux résistant : la face postérieure du pubis. Ainsi se constitue une escarre « feuille morte », large comme une paume de main, qui tombant secondairement, laisse une brèche vésico-vaginale. Encore, bien souvent, la perte d'urine suit-elle immédiatement un accouchement de très longue durée aboutissant d'emblée à une perte de substance.

Quelle qu'en soit la raison, la tête fœtale peut rester dans l'excavation du bassin pendant *des heures, des jours, parfois une semaine,* et comprime l'urètre, le col vésical et la cloison vésico-vaginale contre le pubis. Finalement la parturiente expulse spontanément *un enfant mort-né.*

Il faut dire qu'en A.O.F., malgré l'existence de maternité dans presque toutes les formations hospitalières, la plus grande partie des accouchements se font encore à domicile. En effet, dans 225 maternités existant en A.O.F., 80.000 accouchements se font en moyenne par an, soit 15 % de la totalité des naissances. Ainsi, en l'absence de praticiens et de sages-femmes de clientèle privée que n'autorise pas encore le développement économique du pays, sauf dans les grands centres, 85 % des accouchements se font sans autre surveillance que celle de matrones tout à fait inexpérimentées.

On accuse souvent les rétrécissements du bassin d'être en cause dans la génèse de cette « compression ischémique ». La fréquence des bassins rétrécis en A.O.F. est inférieure à celle rapportée au Congrès de Genève en 1896 (12 %), puisqu'en 1952, sur 5.657 accouchements pratiqués à la Maternité Africaine de Dakar, on relevait 392 bassins rétrécis, soit environ 6,9 %. En 1953, 6.039 accouchements dont 582 bassins rétrécis, soit 9,6 %. Néanmoins, il semble qu'actuellement cette fréquence soit ici plus importante qu'en Métropole, compte tenu

du pourcentage approximatif des rétrécissements du bassin suivant les régions (2 à 10 %).

D'autre part, chez 15 de nos malades, un examen pelvimétrique externe et interne n'a pas montré de rétrécissement notable. Il y a lieu de noter que la sclérose vaginale qui suit la F.V.V. rend très malaisée ou même impossible la recherche du promontoire.

Enfin, la zone de destruction vésico-vaginale correspond presque toujours au bas-fond de la vessie coincé contre *la face postérieure du pubis.* A ce niveau, la plupart des difficultés d'engagement sont vaincues et c'est une période d'expulsion très longue qui doit être tenue pour responsable.

On avance également le jeune âge des malades (16-18 ans). Le fait qu'il s'agirait fréquemment de primipare serait également une cause favorisante. Le tableau suivant indique l'âge de 92 de nos malades :

TABLEAU DE L'AGE DES MALADES PORTEUSES DE F.V.V. POUR LES ANNÉES 1952-153 : 92 CAS

A G E	Nombre de cas
15 ans	4
16 »	2
17 »	5
18 »	7
19 »	2
20 »	11
21 - 22	4
23 - 24	3
25 - 26	22
27 - 28	3
29 - 30	11
31 - 40	13
Plus de 40 ans	5

Comme on peut le constater, la majorité des malades, soit 78 % avait 20 ans et plus.

En outre, 50 % en étaient à leur deuxième accouchement ou plus. Le rôle favorisant de ces facteurs ne paraît donc pas devoir être prédominant. Comme l'écrit CABANIÉ (9) : « L'accouchement se termine presque toujours spontanément sans traumatisme instrumental. L'examen des malades est loin de montrer une viciation osseuse considérable. Les primipares paient un plus lourd tribut. La plupart ne présentent aucun caractère spécial ».

CABANIÉ ajoute également : « Le mariage des femmes-enfants entraîne des gestations trop précoces et particulièrement dangereuses. Quelques autres malades ont gardé un type infantile ». En A.O.F. on peut constater que les jeunes femmes de 18 à 20 ans ont pour la plupart, un développement statural complet.

Il est plus simple et probablement plus juste de penser que presque seul le manque de surveillance qualifiée et éventuellement active est en cause. On sait avec quelle fréquence il est nécessaire d'intervenir instrumentalement par application de forceps pour faire ou parfaire une grande rotation qui s'avère souvent difficile dans les présentations en O.I.D.P. (28 à 30 % des présentations du sommet) ou les O.I.G.P. (6 %). Pour beaucoup, la non-rotation des O.I.D.P. est la principale indication de forceps, compte tenu *des délais normaux de sécurité* (*moins de deux heures d'expulsion*). L'absence *d'une personne compétente et d'application de forceps* lorsqu'il en est besoin représente donc à notre avis la plus grande cause de nos F.V.V. en A.O.F.

Ainsi, la plupart des F.V.V. d'Afrique Noire résultent « de la compression prolongée des tissus mous par la tête fœtale

coincée dans l'excavation au cours d'un accouchement qui a duré plusieurs jours et s'est terminé par l'expulsion spontanée d'un enfant mort. » (2)

⁂

Cependant, si parmi les 102 F.V.V. hospitalisées à l'Hôpital Central Africain, 89 étaient dues à une « compression ischémique », les 13 autres relevaient d'autres origines :

9 étaient d'origine obstétricale instrumentale :

2 étant dues à une césarienne,

6 à une application de forceps,

1 à une incision du col.

4 relevaient d'une cause pathologique :

1 résultant d'un éléphantiasis infecté de la vulve,

3 étant d'origine lympho-granulomateuse. Parmi elles, l'une ,particulièrement typique, réalisait un vaste cloaque uro-génital.

OBSERVATION N° 100

F. D..., 45 ans.

Entrée à l'Hôpital Central Africain pour incontinence d'urines ayant débuté il y a deux ans. A l'examen : destruction totale de la cloison vésico-vaginale et de l'urètre. Devant l'absence totale d'antécédents obstétricaux et l'aspect particulier des lésions, on pratique un Freï qui est positif (fig 1).

⁂

On peut donc conclure que les F.V.V. en A.O.F. sont dans leur grande majorité d'origine obstétricale vraie. D'autres relèvent d'une cause instrumentale, dans la majorité des cas une application maladroite de forceps. Certaines enfin résultent d'affections pathologiques particulièrement fréquentes en Afrique.

Fig. 1. — F.V.V. avec destruction urétrale d'origine lympho-granulomateuse. L'urètre a complètement disparu. On voit au fond la béance vésicale. Des lambeaux résiduels de muqueuse vaginale pendent de haut en bas comme le feraient des stalactites.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Classiquement on distingue :

1° Les F.V.V. proprement dites.

2° Les fistules urétro-cervico-vaginales (F.U.C.V.) avec lésions du sphincter vésical.

Pour chaque type, il convient d'étudier : le siège, les dimensions, la forme, l'aspect.

A. — LES FISTULES VESICO-VAGINALES PROPREMENT DITES OU FISTULES DE LA CLOISON

Elles ne constituent que 29 % des fistules en A.O.F.

Elles *intéressent exclusivement la cloison vésico-vaginale.* Leur siège n'est pas toujours médian. Souvent il est latéral droit ou gauche. Selon leur situation par rapport au vagin, on distingue :

— Les F.V.V. hautes, fistules du 1/3 supérieur de la cloison vésico-vaginale.

— Les F.V.V. basses, fistules du 1/3 moyen de la cloison vésico-vaginale.

Mais en réalité, ce qui importe surtout pour la cure de ces fistules, c'est leur situation par rapport à la vessie. L'orifice vésical peut être situé :

— au-dessus du trigone, c'est relativement rare ;

— ou *en plein trigone*, c'est le cas le plus fréquent.

L'observation suivante montre qu'une fistule que l'on croit être haute à l'examen vaginal peut siéger en réalité en plein trigone.

OBSERVATION N° 59

A. B..., 18 ans.

Entrée le 8 janvier 1953. Fistule de la cloison due à une application de forceps datant de deux mois. F.V.V. postéro-supérieure au contact du col utérin qui présente des ulcérations longues à cicatriser. Urètre intact.

Intervention le 23 février 1953. Voie mixte vaginale et vésicale (Dr Barroux).

Par voie vaginale : dédoublement vésico-vaginal après incision au pourtour de la fistule. Ce dédoublement est poursuivi entre la vessie et l'utérus. Par voie haute : cystostomie large. **L'exploration par voie vésicale montre que contrairement à ce que l'on aurait pu penser, la fistule siège en plein trigone, au contact du col vésical.** Elle est très accessible par cette voie qui permet l'excision des bords scléreux de l'orifice fistuleux. Par voie vésicale : suture musculo-musculeuse vésicale par trois points en X au fil d'acier n° 15. Par voie vaginale : adossement par 4 points de Blair au fil d'acier. Cystostomie. Sonde de Pezzer fixée par une bourse au fil métallique. Vérification de l'étanchéité au bleu de méthylène. Réparation du décollement recto-vaginal et des deux périnéotomies bilatérales faites en début d'intervention pour accéder à la fistule.

Le 13 mars 1953 : Guérison, mise à la fermeture de l'orifice de cystostomie. Sort le 31 mars 1953 : Guérison, continence.

Leur situation par rapport aux méats urétéraux est encore plus importante. Dans le plus grand nombre des cas, les *orifices urétéraux sont très près de la fistule*. Moins fréquemment, ils siègent sur les bords de la perte de substance. Parfois ils y sont coupés nets. Enfin, exceptionnellement : « Il arrive qu'ils avancent sur la fistule en une sorte de presqu'île ». (2)

Les dimensions de l'orifice fistuleux sont variables. On peut avoir des fistules punctiformes, lenticulaires. Le plus souvent,

elles sont *grandes,* au moins de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes.

Leur forme est arrondie pour les petites fistules, ovalaires et fréquemment sagitales pour les grandes.

Les *bords* sont *généralement scléreux,* à cause de l'ancienneté de la fistule ou des interventions itératives. Ils sont « ourlés », c'est-à-dire organisés. A leur niveau, les muqueuses vésicale et vaginale se continuent directement. La sclérose s'étend plus ou moins à distance dans la cloison vésico-vaginale.

Fig. 2. — Fistule de la cloison

Posant uniquement *un problème de suture,* ces fistules sont d'une cure opératoire relativement aisée. En effet, dans ces fistules, le col vésical et l'urètre sont intacts.

B. — LES FISTULES URETRO-CERVICO-VAGINALES OU FISTULES DU COL VESICAL

Elles représentent environ 19 % de nos fistules.

Considérées par les auteurs métropolitains comme des fistules avec lésions ou perte de substance du sphincter, elles ont été particulièrement étudiées par CABANIÉ qui les définit sous le nom de « fistules ischémiques du col vésical » (9) : lésions régionales complexes réalisant les trois conditions suivantes :

— ischémie prolongée par compression,

— perte de substance centrée sur le col vésical,

— sclérose fixant le col à la symphyse.

Dénommées par DUCASSOU (21) « calus fistuleux urétro-cervico-vaginal », ces fistules intéressent : « le plancher du col vésical, de la portion adjacente de l'urètre et de la vessie ».

Ces fistules siègent sur le *col vésical* qui *en est « l'épicentre »*. De là, les lésions empiètent sur l'urètre et sur la vessie. La paroi inférieure de l'urètre ou « sol » est détruite. Il reste un plafond ou « toit ». Au niveau de la vessie, la *perte de substance* est *trigonale*. De même que dans les fistules de la cloison, elle *peut atteindre les urctères*, ce qui est fréquent.

La forme de ces fistules ischémiques du col est plutôt transversale. Ceci est dû à la compression des tissus mous contre la face postérieure du pubis au cours de l'accouchement.

Dans l'ensemble, ces fistules *admettent la pulpe d'un doigt ou un doigt*. Par suite de la sclérose, elles paraissent souvent étroites, mais après dédoublement, elles s'étendent latéralement.

Ici, *la sclérose est primordiale*. Elle entraîne de profonds remaniements.

La description par CABANIÉ (9) d'une dépression de la paroi vaginale antérieure réalisant un « infundibulum scléreux » au

fond duquel se trouve la fistule, ne nous paraît pas correspondre à ce que nous observons en A.O.F. Pour nous, la fistule a toujours paru accessible au toucher vaginal. Et nous pensons que tous *ces caractères de la sclérose sont communs à la fois à des fistules du col vésical et à toutes les autres grandes destructions englobant la paroi vésico-vaginale et l'urètre.*

La sclérose envahit les tissus conjonctifs interstitiels. Deux régions sont intéressées : l'espace rétropubien, la cloison inter-vésico-vaginale. L'espace cellulo-graisseux existant normalement entre le pubis et le tractus urinaire disparaît. La face supérieure de l'urètre, la face antérieure du col vésical et de la vessie sont soudées à la face postérieure du pubis. Parfois, moins accusée, la sclérose se limite à des « ficelles » amarrant les commissures de la fistule au pubis.

Au niveau des bords de la fistule, l'espace celluleux inter-vésico-vaginal est également envahi. Vessie et vagin sont soudés au niveau de l'infundibulum de la fistule. Les faces latérales de la vessie sont généralement respectées par la sclérose.

Ayant subi une perte de substance due au sphacèle obstétrical, plus ou moins rétractée par la sclérose cicatricielle au niveau de ses faces inférieure et antérieure rétropubiennes, la vessie a une capacité diminuée. Néanmoins, après guérison opératoire de la fistule, il y a récupération d'une capacité vésicale presque toujours suffisante.

En outre, la sclérose s'étend plus ou moins au vagin qui peut être simplement diminué de souplesse. Mais le plus souvent, il est envahi dans sa presque totalité. La paroi vaginale antérieure est « cartonnée », rétractée. Au niveau de la paroi vaginale postérieure, une bride « en croissant de lune » fait souvent face à la fistule. Cette bride de sclérose cicatricielle

rétractile cache parfois le col utérin situé ainsi dans une sorte d'arrière-cavité vaginale. Au cours de l'examen clinique, cette bride peut être plus ou moins repoussée en arrière par la valve vaginale postérieure. La conséquence de tout ceci est l'étroitesse vaginale. Elle est très fréquente.

La surface vaginale est lisse, vernissée par suite de la disparition des plis normaux de la muqueuse vaginale.

Cette sclérose rétractile du vagin associée au fait que bien souvent la conservation d'un toit à l'urètre est plus théorique que réelle, font que l'abord rétropubien de certaines de ces fistules est incontestablement plus facile. *Au prix de la section par voie rétropubienne de ce toit urétral plus ou moins valable,* on réalise une bonne libération de la vessie qui peut ainsi être aisément suturée. Il reste par la suite à utiliser le moignon urétral pour réaliser une reperméabilisation secondaire par trocardisation d'un néo-col vésical. *On conçoit que dans ces conditions la limite anatomo-pathologique d'un certain nombre de fistules de cette catégorie soit peu précise et qu'elles se confondent plus ou moins avec ce que nous décrirons plus loin comme des pertes partielles de l'urètre.*

Bien souvent, en effet, cette destruction d'une partie de l'urètre est l'élément anatomique dominant, et la fermeture de la vessie étant faite, c'est le problème de « raccordement » qui se posera. La trocardisation simple ne suffit pas toujours et c'est à reconstituer un urètre qu'il faudra s'attacher au prix de nombreuses difficultés dont nous parlerons plus tard.

La cure opératoire des fistules du col vésical, quand on peut la faire par voie basse, comportera donc un *problème de suture* et puisqu'elles sont centrées sur le col vésical un *problème de réparation sphinctérienne et de continence*, cette réparation étant toujours rendue difficile par les adhérences scléreuses antérieures rétropubiennes de la vessie et de l'urètre.

Fig. 3. — Fistule du col vésical. La paroi antérieure est tendue par la valve postérieure. On ne voit que la moitié de l'orifice fistuleux attiré en avant par la rétraction scléreuse.

Fig. 4. — Fistule du col vésical. Même malade. Urètre restant.

C. — LES FISTULES VESICO-VAGINALES AVEC DESTRUCTION URETRALE

A côté de ces deux types classiques, certains envisagent quelques cas de fistules vésico-vaginales avec *destruction urétrale*. Leur fréquence en A.O.F. nous incite à voir en elles un type anatomo-pathologique individualisé. Elles semblent particulièrement fréquentes dans les pays à « standing obstétrico-social » insuffisant.

Krishnan (23) aux Indes, les appelle « fistules combinées » comportant une destruction de la cloison vésico-vaginale, du col vésical et de l'urètre. Sur 100 fistules observées en trois ans et demi, il n'en cite que 13 de ce type.

Cabanié (5), au Maroc, les a également décrites : fistules ischémiques avec section complète du col vésical et destruction de l'urètre. Il ajoute que « dans certaines conditions disparues à Tanger depuis une dizaine d'années, on peut voir ces lésions particulièrement sévères et attribuables à des compressions de l'ordre de huit jours ». En réalité, comme on a pu le constater, il semble que trois jours de compression suffisent à produire ces larges destructions.

Leur fréquence est grande en A.O.F. A l'Hôpital Central Africain de Dakar, elles représentent 52 % des malades.

Elles ont été décrites par Letac (24), à Saint-Louis en 1942, comme réalisant les quatre conditions suivantes : atrésie du vagin, atrophie de la vessie, largeur de la fistule, destruction de l'urètre.

Enfin Ducassou (21) les étudie sous le nom de « perte de substance urétro-cervico-vaginale ».

Dans tous les cas, l'élément prédominant est la DESTRUCTION URETRALE PLUS OU MOINS COMPLETE.

Les lésions sont ici au maximum. Le col vésical, la portion juxta-cervicale de la vessie et de l'urètre sont détruits. Le col

Fig. 5. — Urètre entièrement conservé. Fistule du col vésical. Le cathétérisme de l'urètre doit être le premier geste de l'examen aux valves.

Fig. 6. — Destruction partielle de l'urètre. Ce qu'on voit derrière le cathéter métallique n'est pas le vagin mais la vessie exstrophiée, prolabée dans la cavité vaginale.

Fig. 7. — Fistule avec destruction urétrale étendue presque complète. On voit, soulevé par le cathéter métallique, ce qui reste de l'urètre. Le bord inférieur sous tendu de cet urètre sur la photographie, représente une partie de la limite antérieure de la fistule. Par ailleurs, cette malade est porteuse d'une déchirure complète du périnée et d'une fistule recto-vaginale au fond du vagin.

Fig. 8. — Destruction totale de l'urètre.

vésical a été sectionné par la compression ischémique. En arrière, les lésions s'étendent au trigone vésical. En avant, elles atteignent l'urètre dont il ne reste plus évidemment de paroi supérieure ou « toit », ni de paroi inférieure, ou « sol ».

Fig. 9. — Une valve vaginale en bas, deux écarteurs de Farabeuf en haut. Large perte de substance de la cloison vésico-vaginale s'étendant jusqu'au contact du col utérin. La hernie de la paroi supérieure de la vessie montre l'étendue de la perte de substance. Destruction partielle de l'urètre.

Suivant que la destruction urétrale est partielle ou totale, on peut distinguer deux types :

— Dans le premier, il persiste un segment antérieur d'urètre de un, deux, parfois trois centimètres dont le cathétérisme aboutit dans le vagin. Parfois ce reste d'urètre est borgne interne.

— Dans le second, il ne reste plus d'urètre du tout. On trouve à sa place une zone cicatricielle ou des lambeaux d'urètre.

De quelque type qu'elles soient, ces fistules qui admettent en général *deux doigts ou davantage,* peuvent former de véritables cloaques uro-génitaux, de dimensions géantes. Cet orifice béant laisse parfois « pendre » dans la vessie une masse polypoïde qui n'est autre que la paroi vésicale exstrophiée.

Les observations suivantes sont des exemples de fistules vésico-vaginales géantes avec destruction urétrale et exstrophie vésicale :

OBSERVATION N° 86

S. S..., 20 ans.

Entrée le 9 décembre 1953. F.V.V. due à un accouchement laborieux, datant de 3 ans. Fistule avec destruction urétrale.

Au toucher vaginal, on note un vagin assez souple, subnormal. Au niveau de la paroi vaginale antérieure, les deux doigts passent facilement dans une fistule à bords peu scléreux. A ce niveau, on sent une tuméfaction molle et douloureuse, se laissant déprimer, qui n'est autre que la paroi vésicale, le toucher vaginal se transformant alors en un toucher intra-vésical. L'examen aux valves est assez aisé par suite de l'absence de bride scléreuse au niveau de la paroi vaginale postérieure. Au fond du vagin, on voit le col utérin dont les lèvres sont ulcérées. En regardant en haut, on note une paroi vaginale antérieure quasi inexistante, une large fistule à bords « ourlés », **à travers laquelle fait hernie dans le vagin une tumeur semblable à une « tomate ». Il s'agit de la paroi vésicale complètement exstrophiée.** Le cathétérisme de l'urètre montre une destruction partielle de celui-ci. Il est cathétérisable sur presque 3 cm. L'extrémité du cathéter débouche dans le vagin en déprimant la paroi vésicale au niveau de la fistule.

Fig. 10. — Enorme perte de substance vésico-vaginale et urétrale. Au-dessus de la valve inférieure, on voit une partie de muqueuse vaginale saine et au-dessus une sorte d'orange remplissant la partie antérieure du vagin. C'est la totalité de la vessie « inversée » dans le vagin.

Fig. 11 et 12. — La même malade : En haut : exstrophie vésicale et moignon d'urètre. — En bas : le ciseau refoule vers le haut la vessie exstrophiée.

OBSERVATION N° 98

A. S..., 20 ans.

Entrée le 13 juillet 1953. F.V.V. due à un accouchement laborieux, datant de 2 mois. Fistule avec destruction urétrale.

Au toucher vaginal : vagin peu large, admettant juste deux doigts, à parois rigides. Au fond de ce vagin, on sent le col utérin qui est petit et court. Au niveau de la paroi vaginale antérieure : très large fistule admettant deux-trois doigts, réalisant une destruction presque complète de la cloison, à bords scléreux. **Au niveau de la fistule le doigt déprime une masse polypoïde et pénètre dans la vessie** qui est de grande capacité. Au

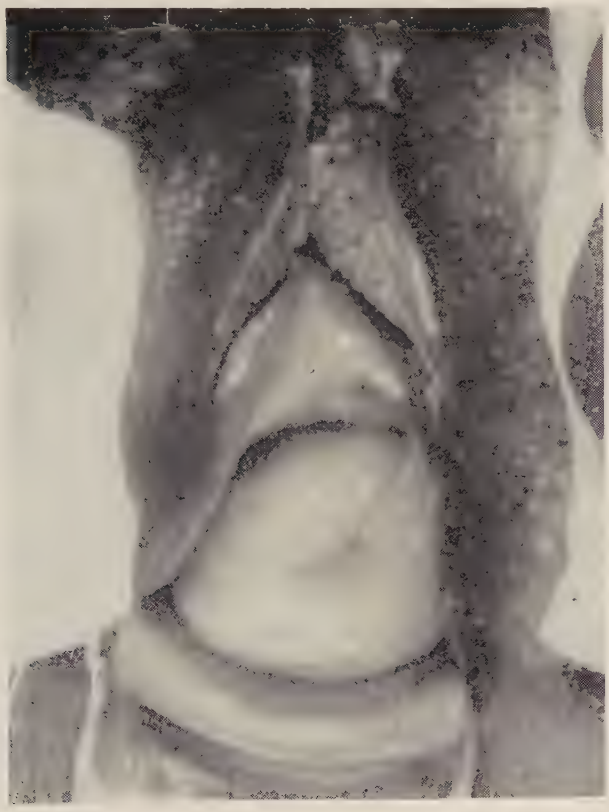


Fig. 13. — Exstrophie de la vessie inversée dans le vagin.

Fig. 14. — La même malade après réduction de la vessie, celle-ci ayant été remplie de compresses.

Fig. 15. — La même malade. Longueur de l'urètre restant

niveau de la paroi vaginale postérieure : fistule recto-vaginale haut située juxta-cervico-utérine à bords assez souples. L'examen aux valves est rendu difficile par la sclérose vaginale. En regardant vers le haut, **on aperçoit le plafond de la vessie faisant hernie sous forme d'une tuméfaction pendant dans le vagin.** En bas, fistule recto-vaginale située à 6 cm. de l'orifice anal. Le cathétérisme de l'urètre montre qu'il n'en persiste qu'un segment de 1 cm.

En arrière, *les lésions atteignent le trigone vésical* et souvent les orifices urétéraux qui sont coupés nets sur les bords de la brèche vésico-vaginale ou sont noyés dans la sclérose.

Fig. 16. — F.R.V.V. On voit de haut en bas sur le cliché : 1. Ce qui reste d'urètre. 2. Juste en arrière, la muqueuse vésicale exstrophiée à travers la F.V.V. 3. La déchirure complète du périnée.

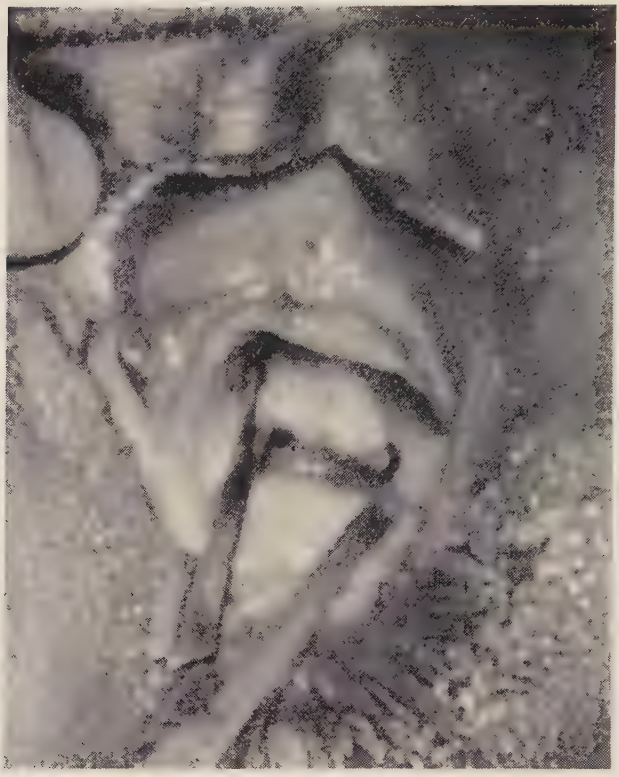


Fig. 17. — La même malade. L'exs'rophie vésicale a été réduite. La vessie a été remplie de compresses. La F.V.V. est écartée par une pince.

OBSERVATION N° 86

S. S..., 20 ans.

Fistule avec destruction urétrale et exstrophie vésicale.

Intervention le 22 décembre 1953. Voie rétropubienne en vue d'un retournement vésical (Dr Barroux). Les bords de la fistule sont si peu scléreux que l'ouverture de la fistule ne se fait pas au simple décollement comme d'ordinaire. Il est nécessaire de sentir au doigt par voie vaginale le bord de la fistule pour l'inciser à ce niveau par voie rétropubienne. La libération vésicale se fait à l'ordinaire. L'uretère droit est vu et cathétérisé. Son orifice est sur le bord de la fistule. **L'uretère gauche n'est pas vu et n'est pas cathétérisable.** En outre, à ce niveau, la paroi inféro-postérieure

de la vessie n'est pas « bridée » comme elle l'est normalement par l'uretère. Il existe à cet endroit un « mou anormal ». Aussi, décide-t-on de découvrir cet uretère dans la région sous-péritonéale latérale. On l'incise et on pratique un cathétérisme descendant qui montre que cet **uretère aboutit dans le cul-de-sac vaginal cicatriciel.** Les deux uretères sont réimplantés dans la vessie pour éviter la traction urétérale. Cystotomie de la calotte vésicale extra-péritonisée. Fermeture de la paroi vésicale en trois plans. Suture vaginale avec drain.

Bonnes suites opératoires. Guérison.

Il peut arriver que les méats urétéraux et leurs éjaculations soient visibles à l'examen aux valves sur les bords de la F.V.V. Leur cathétérisme à vue par voie vaginale peut alors être possible.

Fig. 18.
Cathétérisme à vue
des uretères
par voie vaginale.

La *sclérose* dans ces fistules est *très étendue*. Derrière le pubis, il n'existe plus de tissu, mais un bloc scléreux, adhérent à l'os. Tous les caractères anatomo-pathologiques décrits par Cabanié (5, 9) pour les « fistules ischémiques du col », se retrouvent ici, avec, nous semble-t-il, encore plus d'importance. D'ailleurs, toutes ces fistules avec destruction des tissus mous

rétropubiens, et perte de substance plus ou moins étendue du réservoir et de l'appareil cervico-urétral *sont dues à la même cause : la compression ischémique de l'accouchement.*

Du côté du vagin, la sclérose envahit les parois vaginales antérieure et postérieure. Elle déborde sur les faces latérales du vagin qui peut être rétréci au point de constituer un petit infundibulum admettant tout juste un doigt. Quant au col utérin, noyé dans cette sclérose, il n'est très fréquemment ni senti, ni vu.

De tout ceci, il résulte que de telles lésions poseront au chirurgien un *triple problème de suture vésicale, de réfection urétrale et de fonction,* ces deux derniers étant liés.

*
**

LES LESIONS SECONDAIRES ET ASSOCIEES

Elles sont *fréquemment importantes du fait de l'ancienneté des lésions.*

L'atrésie des uretères terminaux retentit sur l'appareil urinaire sus-jacent qu'explorera aisément l'urographie intra-veineuse. Nous avons également, dans quelques cas, pu mettre en évidence les lésions parenchymateuses du rein par ponction-biopsie.

L'infection urinaire est presque constante comme l'ont montré les examens systématiques des urines. Elle est en partie responsable de la vaginite fréquemment observée ainsi que des lésions de la vulve et de l'irritation érythémateuse de la région périnéo-crurale.

Irritée déjà par l'écoulement constant des urines, on trouve souvent des *ulcérations de la paroi vaginale.* Les incrustations calcaires parfois décrites sont moins fréquentes ici à ce qu'il nous semble. *Le col utérin* est également *inflammatoire, ulcéré.*

Il est vrai qu'il s'agit souvent « *d'infectées chroniques par le gonocoque,* présentant des pertes purulentes abondantes ». (24) Toutes ces causes d'irritation et d'infection contribuent à une atrésie vaginale d'importance variable.

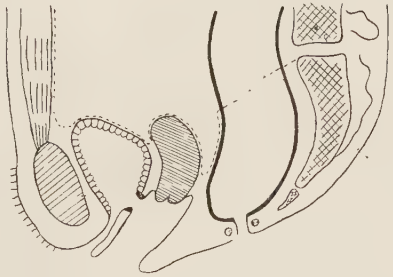
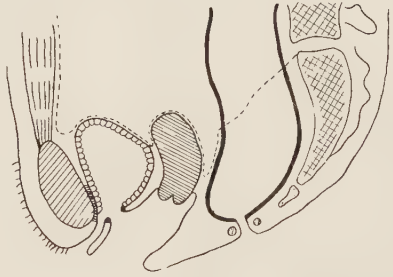
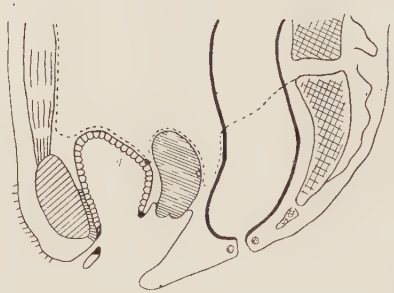
Une *fistule recto-vaginale* peut également être *associée* à la F.V.V. D'une façon générale, quand elle est basse, elle relève plus d'un éclatement du périnée que d'une ischémie par compression. En effet, à ce niveau la tête fœtale ne comprime pas les tissus directement sur un plan osseux. Il s'agit donc d'une déchirure plutôt que d'une lésion par escarre. D'ailleurs, les déchirures complètes du périnée peuvent aussi être associées. Il en résulte qu'on trouve moins fréquemment le caractère scléreux des F.V.V. Mais quand elles sont hautes, il semble que le mécanisme de la compression osseuse n'est pas exclu dans des accouchements durant 3 à 8 jours. Dans ces cas, la sclérose est alors aussi importante que dans les F.V.V.

Fig. 19. — Fistule vésico-vaginale avec destruction urétrale. Vulve écartée, on voit au fond du vagin l'immense orifice qui constitue la perte de substance. Au premier plan et en bas la déchirure complète du périnée avec béance rectale. Au fond du vagin, il existe en outre une autre fistule qui est recto-vaginale et qu'on ne voit pas sur cette photographie.

*
**

Les différents types de lésions rencontrées en A.O.F. nous paraissent pouvoir être schématisés dans le tableau suivant :

CLASSIFICATION ANATOMO-PATHOLOGIQUE DES F.V.V.

29 %	19 %	52 %
		
I. — Fistules de la cloison ou F.V.V. proprement dites. HAUTE : sus-trigonale (rare). BASSE : trigonale (c'est la règle).	**2.** — Fistules du col vésical ou F. urétro-vésico-vaginale (ou F. par ischémie type I de Cabanié). Destruction du col vésical. Extension de la destruction possible : 1° vers le trigone, 2° vers les uretères, 3° vers l'urètre.	**3)** Fistules V.V. avec destruction urétrale A) Fistule avec destruction partielle de l'urètre (type 2 de Cabanié). B) Fistule avec destruction totale de l'urètre.

Leur fréquence chez nos malades est la suivante. Nous l'avons mise en parallèle avec les chiffres indiqués par R. COUVELAIRE (18) pour bien montrer les importantes différences entre les lésions d'Afrique Noire et celles observées dans la Métropole.

Classification de Couvelaire sur 131 cas			Classification de l'Hôpital Central Africain sur 102 cas	
Fistule pure c'est-à-dire loin des 3 orifices	38	90 cas	**Groupe I :** Fistule de la cloison ..	30 cas
Fistule juxta-orificielle juxta-cervicale	48			
juxta-urétérale	4			
			Groupe II : Fistule du col vésical ..	19 cas
Fistules avec perte de substance :				
1) du sphincter et du col..	12 cas		**Groupe III :**	
2) de l'urètre, du col et du trigone	15 cas		F.V.V. avec destruction partielle ou totale de l'urètre	53 cas
				102 cas
Fistule indirectes vésico-utéro-vaginale	3 cas			
Fistule complexes :			Association à une fistule recto-vaginale	12 cas
— Association à 1 F.R.V.	4 cas			
— Association à 1 F. urétéro-vaginale	3 cas			
— Association à 1 tumeur régionale	4 cas			
	131 cas			

CHAPITRE III

CLINIQUE

C'est la perte involontaire et persistante des urines qui amène les femmes à l'Hôpital. Certaines malades, porteuses de F.V.V. hautes, perdent leurs urines de façon intermittente, le trop plein vésical s'écoulant par la fistule quand la vessie est pleine ou quand la malade passe de la position debout à la position couchée. Mais dans les fistules par ischémie qui sont des fistules basses, les malades perdent leurs urines de façon continue.

La date à laquelle les malades viennent consulter est variable. Nous avons vu que la moitié des malades ne viennent à l'hôpital qu'un an ou davantage après l'apparition de l'écoulement des urines. A l'Hôpital Central Africain, les quelques cas qui ont été examinés dans les jours suivant l'accouchement, concernaient des femmes porteuses de fistules d'origine instrumentale (forceps, césarienne).

L'examen clinique doit se proposer :

— de mettre en évidence la fistule,

— d'en préciser autant que possible le type anatomo-pathologique,

— enfin, les examens para-cliniques permettent de faire un bilan fonctionnel et général.

⁂

Le toucher vaginal suffit le plus souvent pour découvrir la communication. Si l'orifice est grand, ce toucher vaginal se transforme en un toucher vésical, à un ou deux doigts.

A l'examen aux valves, la malade étant en position gynécologique, on note souvent l'écoulement d'un flot d'urine dans le vagin. En outre, on aperçoit en général la fistule.

Il est exceptionnel au Sénégal qu'on ait à recourir au lavage vésical coloré pour mettre en évidence une fistulette de très petite dimension. Dans un seul cas en deux ans, l'écoulement vaginal du bleu de méthylène a été indispensable pour découvrir l'orifice fistuleux. Ce procédé prend, par contre, toute sa valeur pour les fistulettes résiduelles post-opératoires.

Au terme de ce premier examen, il est possible d'éliminer les incontinences par insuffisance sphinctérienne.

⁂

La découverte de toute F.V.V. implique un bilan exact des lésions, indispensable pour l'indication opératoire.

Quatre éléments vont permettre de faire ce bilan : le *siège* de la fistule, *l'état des tissus péri-fistuleux, l'état du vagin,* du *col utérin* et de la *cloison recto-vaginale,* et surtout le *cathétérisme de l'urètre.*

On peut sentir la fistule manifestement haute, dans la cloison vésico-vaginale, éloignée de la face postérieure du pubis, ou même juxta-cervico-utérine, médiane ou latéralisée.

On peut au contraire la découvrir basse, rétropubienne, attirée en avant par la sclérose cicatricielle, au fond de cet « infundibulum scléreux » que décrit Cabanié et dont il fait l'un des caractères principaux des fistules ischémiques.

Très souvent, dans nos cas, le toucher vaginal peut à lui seul rendre compte de la destruction totale ou presque totale

de la paroi vaginale antérieure. L'orifice est très grand et laisse plus ou moins passer la vessie « inversée » et exstrophiée. L'orifice peut être plus étroit, n'admettant au toucher intra-vésical que un ou deux doigts, mais dans ces cas, les doigts sentent nettement la sclérose des bords fistuleux et déjà on peut se rendre compte que la fistule est à la fois au contact du pubis en avant, du col utérin en arrière, par rétrécissement cicatriciel et perte de substance de la paroi vaginale antérieure.

On attachera néanmoins une grande importance à la sclérose des bords fistuleux qui s'étend plus ou moins loin dans la cloison vésico-vaginale autour de la fistule, qui peut s'étendre en avant à l'espace rétropubien, fixant contre la face postérieure du pubis l'urètre, le col vésical et parfois la vessie. Cette extension de la sclérose interstitielle rend difficile le dédoublement vésico-vaginal et peut nécessiter une libération rétropubienne.

Le toucher vaginal permet aussi d'apprécier l'état du vagin, du col utérin et de la cloison recto-vaginale. Le vagin est-il souple, profond, ou bien étroit, rigide ? Le col utérin est-il simplement fixé par la sclérose ou bien y est-il noyé et dans ce cas, non ou mal senti ? La cloison recto-vaginale présente-t-elle des brides semi-circulaires ou une fistule recto-vaginale associée ?

A l'examen aux valves, on cherche à voir l'orifice fistuleux, ce qui n'est pas toujours possible par suite de la sclérose ou de l'étroitesse du vagin. Parfois il est nécessaire de se baisser ou d'incliner la malade pour apercevoir la fistule située derrière le pubis.

Toutes les notions acquises au toucher vaginal seront confirmées, précisées et complétées par l'examen aux valves. On peut voir les manifestations de la vaginite (muqueuse rouge ou ulcérée sur la paroi ou sur le col utérin), l'association de lésions métritiques. On doit en profiter pour faire un examen bactériologique des sécrétions.

Classiquement la cystoscopie avec artifices (bouchon de compresses vaselinées, baudruche coiffant le cystoscope) est recommandée pour explorer la fistule, ses rapports avec le col vésical et les orifices urétéraux.

Pour COUVELAIRE, « l'urétroscope plus que le cystoscope représente le bon appareil d'exploration ».

A l'Hôpital Central Africain, pour étudier les rapports de la fistule avec le col vésical, pour apprécier le degré de destruction urétrale, on utilise le cathétérisme simple de l'urètre, avec une sonde métallique. Il nous semble que ce procédé élémentaire donne une assez juste idée du degré de destruction urétrale.

Combiné au toucher vaginal ou à l'examen aux valves, le cathétérisme de l'urètre permet de constater :

— soit l'intégrité du col vésical et de l'urètre.

— soit l'atteinte du col vésical.

— soit la destruction partielle ou totale de l'urètre dont il ne reste plus qu'un moignon de moins de 3 cm. ou même rien du tout.

Tout ceci est assez schématique. Il est facile de reconnaître les F.V.V. pures ou de la cloison. Par contre, il peut être difficile de différencier exactement les fistules du col vésical où existe une destruction de la paroi inférieure de l'urètre et où la paroi supérieure urétrale est problématique, d'avec les F.V.V. comportant une destruction urétrale partielle.

Bien entendu, le cathétérisme de l'urètre seul ne fournit aucun renseignement sur les orifices urétéraux. On doit considérer que les méats sont toujours très près de la fistule. Les renseignements fournis par un examen endoscopique difficile à pratiquer seront presque toujours insuffisants. Il vaut mieux s'en tenir à un bilan fonctionnel des voies excrétrices urinaires. L'urographie intraveineuse est donc indispensable pour apprécier l'état de l'uretère et des reins sus-jacents.

Au terme d'un examen clinique complet, on pourra conclure sans trop d'incertitude qu'il s'agit :

1° - d'une fistule de la cloison.

2° - d'une fistule du col vésical.

3° - d'une fistule avec destruction partielle ou totale de l'urètre.

***

Avant que la malade ne quitte la table d'examen pour rejoindre son lit, on profite de la présence des valves vaginales pour mettre en place dans la vessie par la fistule, une sonde de Pezzer guidée par une pince longue. Il s'agit là d'un geste très simple, mais l'expérience nous a convaincu de son utilité, et nous le faisons depuis plus d'un an d'une manière systématique.

Auparavant, en effet, malgré alèzes et matelas perforés, nos malades souillaient leur literie, ou restaient en permanence sur leur bassin. La présence de 20 à 30 fistuleuses alourdissait l'atmosphère des salles d'hospitalisation. Enfin, il était toujours très difficile de recueillir la totalité des urines, ou de pratiquer la plupart des examens fonctionnels urinaires ou les cyto- bactériologies. La sonde vésicale à demeure apporte du confort à la malade, assure la propreté du lit, si difficile à obtenir en milieu indigent africain, et permet tous les examens et tous les contrôles nécessaires.

Mais le calibre des sondes de Pezzer courantes est limité. La plus grosse (n° 36) ne présente qu'un diamètre du tube de 12 mm. Elle s'avéra insuffisamment grosse pour réaliser un drainage étanche de la vessie. Faute de mieux, on en mit en place plusieurs, jusqu'à trois à la fois, mais l'urine filtrait entre les sondes. Il était nécessaire de disposer de sondes d'un calibre spécial que nous avons fait fabriquer (1). Nous disposons actuellement de trois calibres :

(1) Maison Delamotte et Plisson, 68, rue Jean-Jacques-Rousseau - Paris.

— type de Pezzer n° 60 diamètre du tube : 2 cm.
— type de Pezzer n° 90 diamètre du tube : 3 cm.
— type de Pezzer n° 120 diamètre du tube : 4 cm.

La photographie de ces sondes est reproduite fig. 20 comparativement avec une sonde de Pezzer n° 36.

Fig. 20. — A droite : sonde de Pezzer courante du calibre maximum, n° 36. De gauche à droite : sondes de calibre supérieur fabriquées pour l'usage des F.V.V. africaines. Calibre : n° 120, 90 et 60.

Ces sondes nous sont très utiles. Pratiquement, les deux premières sont surtout employées. La troisième l'est moins, non pas que les cas dans lesquels on pourrait la mettre en place ne soient pas fréquents, mais parce que dans ces pertes de substances aussi étendues, les orifices urétéraux se trouvent souvent situés sous le chapeau de la sonde, au bord même de la fistule, l'urine coulant alors en dehors de la sonde. Parfois aussi la pression abdominale refoule la sonde sous la poussée de l'exstrophie vésicale. Une fois également, la sonde a comprimé les orifices urétéraux.

Cette sonde est fermée par un bouchon ou reliée par une rallonge à un bocal d'urines. La pratique de sondage vésical étanche perfistulaire rend à l'Hôpital Central Africain de grands services.

Fig. 21. — Mise en place d'une sonde à demeure dans la fistule.

⁂

EXAMENS PARACLINIQUES

Ils doivent être aussi nombreux que possible dans le double but :

1°) De dépister les conséquences locales et générales de la fistule et leur degré de gravité :

— fréquence de l'infection urinaire dans ces vessies chroniquement ouvertes,

— retentissement sur le haut appareil : infection urinaire et néphrite ascendante,

— modification du pouvoir d'excrétion urinaire avec rétention azotée.

— troubles du métabolisme de l'eau et sous-hydratation chronique.

2°) De faire le bilan de l'état général de la malade. Ces femmes qui nous arrivent souvent de l'intérieur, sont de condition sociale inférieure, paludéennes ,anémiques, souvent carencées et fréquemment parasitées ou syphilitiques. Leurs parenchymes majeurs, foie, myocarde, sont souvent altérés. Si une intervention d'une certaine importance doit être entreprise, il est indispensable de préparer soigneusement la malade, et pour ce, une durée d'hospitalisation de 1 à 2 mois avant l'intervention est fréquente. Le repos et la suralimentation que nous essayons de leur donner sont déjà un élément important de la préparation.

⁂

Au cours de ces deux années, 9 malades sont décédées dans les conditions que nous allons indiquer. Mais nous avons eu peur plus souvent encore, nos malades ayant fait, trop souvent, en disproportion avec l'importance de l'intervention et malgré la préparation et la réanimation per-opératoire, des chocs post-opératoires importants. Il en est d'ailleurs de même chez nos malades africaines pour toute autre intervention un peu grave.

A. — DECES 1952 : 4 MALADES

Trois malades sont mortes après une dérivation urétéro-colique des urines.

I. — OBSERVATION N° 30

Y. C... **Péritonite.**

Echecs multiples d'une voie basse et de deux opérations de Sabadini. Azotémie : 0,25 ; bonne U.I.V.; G.R. : 2.500.000.

Le 19-9-52, Anastomose urétéro-sigmoïdienne latéro-latérale (Pr. Letac, Dr Barroux). Paroi en trois plans au catgut avec bourdonnet. Suites fébriles et troublées, difficilement interprétables sous antibiotiques. Hyper-azotémie à 2,35. Décès au 13e jour.

Nécropsie : anastomose urétéro-colique perméable et paraissant en bon état. Petite suppuration pariétale avec désunion des plans profonds ayant entraîné une péritonite.

Depuis ce décès, la fermeture en trois plans avec des fils d'acier n° 25 ou 30 sur le plan aponévrotique, sans bourdonnet, a été généralisée . Chez ces malades hypoprotéinémiques, ce fil métallique, très bien toléré, assure une sécurité supplémentaire.

II. — OBSERVATION N° 13

C. S... **Pyonéphrose.**

F.V.V. datant de 4 ans, consécutive à un éléphantiasis infecté. Echec de Sabadini. Azotémie : 0,25 ; G.R.: 3 500.000 ;Crampton médiocre ; U.I.V. grosse dilatation bilatérale intra et extra-rénale, calices irréguliers et flous, uretères dilatés, excrétion mauvaise.

Le 15-12-1952. Anastomose urétéro-colique latéro-latérale (Dr Barroux). Sort 28 jours après en bon état. Une U.I.V. faite 14 jours après l'intervention n'avait pas montré d'amélioration notable des lésions urographiques.

Réhospitalisée le 18-2-1953 : Mauvais état général ; azotémie : 1,40 ; diarrhée (4 à 8 selles par jour). Aggravation, obnibulation, puis coma.

Le 1-3-1953 une lombotomie droite de vérification rénale est faite (Dr Barroux) : Rein congestif, violacé, très augmenté de volume, couvert de petites pustules (examen bactériologique négatif). Bassinet vide. Néphrostomie. Décès post-opératoire.

Autopsie : Pyonéphrose bilatérale. L'anatomie pathologique révèle des lésions associées de néphrite interstitielle et de néphrite épithéliale aiguë. Au niveau des anastomoses urétéro-coliques qui macroscopiquement avaient paru en bon état, il existe des altérations de la muqueuse et des érosions ; le chorion est inflammatoire.

III. — OBSERVATION N° 16

S. D... **Urémie.**

Large F.V.V. en traitement depuis début 1951. Un échec de voie basse et échec d'un Sabadini.

Azotémie : 0,20 ; G.R.: 4 000.000 ; 14 éosinos ; 57 mononucléaires ; 29 polynucléaires ; U.I.V. sécrétion affaiblie du rein droit.

Le 26-11-1952 : Anastomose urétéro-colique latéro-latéral (Dr Barroux). Accès de paludisme répétés dans les suites opératoires (P. Falciparum). Bonne reprise apparente de la diurèse, mais sécrétion médiocre à l'urographie des deux côtés.

Coma azotémique. Décès le 2 janvier 1953, 57 jours après l'intervention.

Le paludisme chronique qui avait été insuffisamment traité avant l'intervention a joué le rôle d'un facteur aggravant, sur une néphrite ascendante probablement pré-existante.

IV. — OBSERVATION N° 5

M. B... **Pyonéphrose.**

F.R.V.V. A subi le 11-3-1952 une cure de la F.V.V. par voie vésicale. Le 29-4-1952 une cure de la fistule recto-vaginale (M. Ayite).

Décédée le 9-11-1952, huit mois après la cure de la F.V.V., d'urémie avec pyonéphrose.

L'observation très incomplète n'apporte pas d'autres renseignements.

B. — DECES 1953 : 5 MALADES

4 sont des complications post-opératoires immédiates ou précoces.

La dernière est une pyonéphrose tardive.

V. — OBSERVATION N° 37

M. D... **Choc opératoire.**

3 échecs antérieurs par voie basse.

Le 8-11-1953, opération de Sabadini (Dr Barroux). Début par voie vaginale : dissection des bords de la fistule. Puis, par voie rétropubienne : décollement vésical jusqu'aux uretères dont la portion terminale est mise en évidence. Ce temps, hémorragique, est suivi d'une hémostase aussi rigoureuse que possible. L'absence d'éjaculations urétérales ne permet pas de repérer les méats et de les cathétériser. La direction des uretères terminaux permet de penser qu'ils sont au contact des bords de la fistule.

La suture vésicale ne peut être entreprise que lorsque les méats seront repérés. On injecte du bleu de méthylène et on attend une sécrétion urinaire qui ne vient pas.

L'hémorragie n'a pas été plus importante que dans les précédents Sabadini. Pourtant assez rapidement le pouls s'est accéléré, la tension d'abord élevée, a ensuite marqué une baisse, puis disparaît. Arrêt de l'intervention, une compresse étant mise à demeure dans l'espace de Retzius. Une réanimation par voie artérielle est entreprise et poursuivie jusqu'à trois heures de l'après-midi avec succès. La tension est remontée à 14-9. Pouls à 110, bien frappé. Bruits du cœur bons .Extrémités et nez chauds. Respiration calme, suroxygénation. Par la suite les perfusions artérielles ont été arrêtées après 2 litres et demi et l'instillation par voie veineuse n'a pas maintenu la malade qui est retombée dans son choc et décédée vers 17 heures.

Il faut noter que les interventions par voie basse s'étaient succédées trop rapidement avec toutes les chances possibles d'échec. Les quatre opérations s'échelonnent sur cinq mois. Il faut dire que certaines malades ne peuvent ou ne veulent pas quitter l'hôpital entre deux interventions. La précocité d'une réintervention ne laisse pas à l'état général de la malade le temps de se rétablir. De plus, il semble que chez cette malade examens et préparation pré-opératoires aient été insuffisants.

VI. — OBSERVATION N° 63

F. F... **Choc ? + néphrite interstitielle + thrombose cardiaque.**

Fistule datant de 2 mois. Bon état général. Examens paracliniques, R.A.S.

Fistule du col vésical. Le 26 mars 1953, suture par voie basse et voie vésicale combinées avec réimplantation de l'urètre (Dr Barroux).

Décédée 40 heures après l'opération : anurique, T. 39°2, malade anxieuse et dyspnéique. La nécropsie n'a pas montré d'étranglement des uretères.

Examen anatomo-pathologique : au niveau des deux reins : néphrite interstitielle de type ascendant avec lésion de sclérose glomérulaire et atrophie des tubes contournés.

Autopsie : Présence de caillots blancs intra-cardiaques dans les cavités droite et gauche, fixés aux valvules et s'engageant dans les veines pulmonaires et dans la veine cave inférieure.

VII. — OBSERVATION N° 81

G. B... **Syncope cardiaque.**

Femme peul de 30 ans, entrée le 16-1-1953. 4 accouchements antérieurs. Perd ses urines depuis son cinquième accouchement, il y a dix-huit mois, qui a duré quatre jours, et s'est terminé par expulsion d'un mort-né.

Très large fistule rétropubienne permettant un toucher vésical de deux doigts. Le vagin est assez souple avec quelques brides postérieures. Aux valves : exstrophie importante de la vessie au niveau de la fistule. Il reste presque 3 cm. d'urètre.

Etat général médiocre : G.R.: 2.850.000 ; polys : 40 ; éosinos : 8 ; monos : 52. Paludisme chronique.

B.W. +, mais pas d'albuminurie ni d'infection urinaire à colibacilles. Azotémie : 0,20 ; P.S.P.: 65 % ; délai d'élimination du bleu de méthylène : 8 minutes ; U.I.V.: normale des deux côtés.

Cette malade est conservée presque deux mois à l'Hôpital avant l'intervention. Soins locaux, antiseptiques urinaires, Nivaquine, Hépatrol, Protéolysat, Vitamine B. 12, 3 transfusions de 250 cc. Le 3 décembre : G.R.: 3.900.000.

Intervention le 7 décembre 1953 (Dr Barroux) sous anesthésie Penthotal starter, éther-oxygène, Flaxédil, transfusion per-opératoire.

Incision sous-ombilicale médiane extra-péritonéale. Décollement vésical rétropubien. Libération postérieure et remontée haut dans l'espace vésico-utérin. Les commissures latérales de la brèche vésicale restent tirées par les deux uretères. Ouverture des espaces sous-péritonéaux latéraux par section des ligaments ronds. Recherche des uretères, section basse, réimplantation des deux uretères dans le dôme vésical. Malgré des temps de saignement et de coagulation normaux et électro-coagulation au fur et à mesure, le suintement hémorragique est plus important que d'habitude. Remplacement per-opératoire par perfusion de sang et de sérum novocainé. Petit méchage du bas-fond pelvien sortant par l'orifice vaginal. Fermeture de la paroi : fil d'acier sur l'aponévrose, crins sur la peau.

L'intervention a duré 2 h. 45. Aucune chute tensionnelle, pouls stable à 120. 15 minutes après la fin de l'intervention, alors que la malade n'a pas encore quitté la salle d'opération, syncope cardiaque brutale. Intubation aussitôt, respiration en atmosphère suroxygénée, massage cardiaque intra-péricardique pendant plus d'une heure avec adrénaline intra-cardiaque et transfusion massive intra-artérielle. Les mouvements cardiaques ne reprennent pas.

La nécropsie n'a pas été faite. Pas d'examen A.P. des viscères.

Il est également regrettable qu'un électro-cardiogramme n'ait pas été fait à cette malade. Depuis, les examens électriques ont révélé que les myocardites étaient fréquentes chez nos malades.

VIII. — OBSERVATION N° 99

A. D... **Thrombose cardiaque.**

F.V.V. géante, échec d'un retournement vésical.

Malgré la préparation, reste anémiée à 3.600.000 G.R.; monos : 68 ; azotémie : 0,30 ; Crampton médiocre ; U.I.V. bonne.

Anastomose urétéro-colique latéro-latérale (Pr Letac) le 15-5-53.

Suites troublées, hyperthermie, puis hypotension à partir du 3e jour. Décès au 7e jour.

Autopsie : Thrombose des deux cavités cardiaques.

L'anatomie pathologique confirme la myocardite et montre le début de l'organisation du caillot et les reflets endocarditiques sur le caillot.

IX. — OBSERVATION N° 57

D. K... **Pyonéphrose.**

F.R.V.V. De juin à décembre 1952 : Cure de la F.R.V.

Le 5-1-1953, opération de Sabadini (Dr Barroux). Guérison.

Le 28-4-1953, fermeture de l'anus iliaque gauche de dérivation.

Décès le 28-4-1953, trois mois et demi après la cure de F.V.V. Urémie.

Autopsie : pyonéphrose bilatérale avec grosses lésions urétérales.

A. P. néphrite interstitielle. Hépatite interstitielle. Myocardite interstitielle.

On voit que l'électro-cardiogramme, les ponctions-biopsies du foie dans ce pays où myocardites et hépatites sont si fréquentes, sont utiles si l'on veut un bilan complet des malades.

Telles sont succinctement rapportées les observations de nos malades décédées. Les conclusions qui s'imposent sont les suivantes :

1. - Eviter les opérations itératives dont chaque échec aggrave l'état local et général de la malade. Un bilan anatomo-pathologique précis, une bonne indication opératoire, une technique très soignée qu'améliorera l'expérience, doivent augmenter la proportion des succès.

2. - Quand il est nécessaire de réintervenir, donner à la malade le temps de « récupérer » — deux à trois mois — et faire une préparation soigneuse.

3. - Craindre les myocardites (sources de thrombose cardiaque) et les hépatites, fréquentes en A.O.F.

4. - Se méfier de certaines races. Sur 9 décès, nous comptons :

— 3 femmes peul (Observ. 13, 30, 81) ;

— 2 Diola (Observ. 16, 37) ;

— 1 Mandiago (Observ. 5).

Ce sont, d'après les ethnologues, des races considérées généralement comme très fragiles, particulièrement hyponutries, donc sensibles au choc opératoire.

5. - Craindre que les lésions de néphrite ascendante ne soient, en réalité, plus importantes déjà que ne peuvent le laisser penser l'urographie ou les examens fonctionnels. Dans ce cas, si le foie et le cœur sont également défaillants, de graves dangers opératoires existent.

6. - Le paludisme est fréquent. Chez deux de nos malades décédées (Observ. 16 et 81), un plus long traitement schizonticide eût été nécessaire pour que soit renversée la formule sanguine à prédominance mononucléaire.

7. - Fermer la paroi au fil d'acier chez ces malades fréquemment hypoprotéinémiques.

8. - Enfin, une bonne rééquilibration humorale, parfois longue, est toujours indispensable.

Puissent ces quelques réflexions diminuer le nombre des décès post-opératoires à venir.

⁂

EN 1952

Avant que nous utilisions la sonde de Pezzer, placée dans la fistule, les examens cyto-bactériologiques ont été rares, et de peu de valeur. Aucun examen fonctionnel du rein n'était fait.

Une anémie à moins de 3.500.000 G.R. a été fréquente dans 87 % des cas.

Le premier examen d'azotémie n'a été très élevé que dans deux cas (plus de 0,60). Quatre U.I.V. sur 15 ont montré un retentissement pyélocaliciel.

EN 1953

A. — LA FISTULE ET L'APPAREIL URO-GENITAL

1. - *La diurèse* quotidienne moyenne a été mesurée sur cinq des premiers jours de l'hospitalisation. Elle a été constamment faible : 500 cc. environ. Ces malades qui sont très gênées par leur perte d'urines, se soumettent involontairement à une privation liquidienne qui réalise une sous-hydratation importante par voie buccale et intraveineuse associée, et accusent des modifications du pouls et de la tension artérielle, montrant ainsi combien elles sont peu aptes à tolérer et compenser les modifications de l'équilibre humoral dues au choc et à la réanimation.

Deux épreuves-tests d'hydratation sont utilisées dans le service :

— Epreuve n° 1 : Ingestion de deux litres de liquide et mesure de la diurèse des 24 heures.

— Epreuve n° 2 : Ingestion de trois litres plus une injection de neptal. Mesure de la diurèse et de la tension artérielle avant et après.

Une augmentation franche et rapide de la diurèse montre un rein encore souple et efficace. Une mauvaise réponse s'accompagnant de déséquilibre vasculaire indique un mauvais état du rein et fait craindre le choc opératoire.

Cette réponse n'a été franchement mauvaise que dans trois cas sur 22 cas où elle a été faite. D'ailleurs, dans ces trois cas, il n'y a pas eu d'accident opératoire.

De toutes façons, il est recommandé aux malades de boire abondamment dans la période pré-opératoire, et de ne plus se priver de liquide. Une bouteille de boisson est maintenue à cet effet sur la table de nuit de la malade.

2. - *Les examens cyto-bactériologiques* systématiques ont montré qu'il existait une pyurie avec colibacilles ou entérocoques dans 60 à 70 % des cas. Un traitement antibiotique est alors institué : Ruffol, Streptomycine ou Tifomycine.

3. - *L'albuminurie* existe dans la même proportion de cas. Elle ne disparaît pas toujours après stérilisation des voies urinaires. L'albuminurie persistante, résiduelle, sans infection, est d'origine lésionnelle rénale.

4. - *L'azotémie* a été dans 25 % des cas, au-dessus de 0,50.

5. - Dans deux tiers des cas, l'élimination du *Bleu de Méthylène* injecté par voie intra-veineuse a été retardée à plus de 10 minutes, parfois 30, 40 et même 60.

6. - L'élimination de la *P.S.P.* a été franchement diminuée dans un quart des cas. Aucun accident précis ne s'est produit dans ces cas-là.

7. - L'examen des *sécrétions cervico-utérines* recherchera la présence du gonocoque. Traitement local et général.

8. - L'U.I.V. En 1952, il a semblé que les renseignements fournis par l'U.I.V. étaient de valeur médiocre, et on a essayé de chercher l'appréciation de la valeur des reins dans les épreuves fonctionnelles. Mais il s'agissait pour la plupart de malades ayant subi déjà sans succès plusieurs interventions et dont les cavités excrétrices étaient très souvent dilatées. Sur des malades « de première main », vues plus fréquemment maintenant, l'U.I.V. montre si les voies excrétrices sont normales, ou bien si, au contraire, elles subissent les effets d'une sténose uréterale. Désormais, dans ces cas, une réimplantation des uretères dans la calotte vésicale est faite dans un temps préalable à la cure de la F.V.V.

9. - *La ponction-biopsie du rein.*

8 ponctions-biopsies du rein ont été pratiquées, qui ont montré :

— dans quatre cas : un infiltrat interstitiel,
— dans un cas : une sclérose glomérulaire,
— dans deux cas : une congestion des glomérules,
— dans un cas : l'aspect anatomo-pathologique était normal.

B. — BILAN DE L'ETAT GENERAL

1. - *L'anémie* est très fréquente, dans 60 % des cas au-dessous de 3.500.000. Elle est parfois due à du paludisme chronique, mais ce n'est que bien rarement qu'à l'occasion d'un accès, le plasmodium est découvert. Des transfusions préopératoires seront faites.

2. - *L'éosinophilie* est fréquente ; elle témoigne d'une parasitose évolutive. L'examen des selles est fait systématiquement ainsi que la recherche des filaires et le déparasitage s'ensuit.

3. - Deux fois seulement des œufs de *Sh. Hématobium* ont été découverts dans les urines à l'examen cyto-bactériologique.

Les Bilharziennes ont été traitées par un nouveau médicament antimonial, l'AB5 (Biosédra).

4. - Les malades ont été *pesées*. Elles ne sont pas particulièrement amaigries.

5. - Les *affections associées* sont également fréquentes. Elles seront recherchées soigneusement.

Paludisme chronique : splénomégalie, mononucléose, le parasite est rarement mis en évidence. Le traitement sera fait d'une manière systématique, toutes les malades pouvant être considérées comme paludéennes.

Amibiase : interrogatoire et examen de selles.

Maladie de Nicolas et Favre : toucher rectal et, au besoin, réaction de Freï.

La syphilis est fréquente, décelée par les réactions sérologiques. Les malades n'ont, le plus souvent, subi aucun traitement.

6. - *L'électro-cardiogramme* complétant l'examen clinique cherchera à déceler une myocardite fréquente chez nos malades. Elle a été découverte récemment deux fois sur huit examens électro-cardiographiques. Quelle qu'en soit la cause (carences alimentaires ?...) elle demande à être traitée avant l'intervention. Nous faisons, dans ces cas, une série d'injections intra-veineuses d'ouabaïne pré-opératoire.

7. - Nos malades ont fréquemment des *suintements hémorragiques capillaires* qui aggravent l'intervention. Pourtant, le temps de saignement, le temps de coagulation et le taux de prothrombine ne sont pas modifiés. Un traitement pré-opératoire par vitamine K, P, et Ca doit être entrepris.

8. - L'étude du *bilan protéique* (Philips et Van Slyke) complète les investigations. La correction protéique est apportée par les perfusions de sang, plasma ou hydrolysats de protéine.

9. - Le *test de Crampton* fait systématiquement juge des possibilités réactionnelles de l'appareil vasculaire.

10. - Nous entreprenons désormais, de faire régulièrement des *ponctions-biopsies du foie* pour déceler les hépatites, fréquentes en Afrique Noire et qui peuvent être à l'origine d'un choc imprévisible.

Chez nos malades donc, *aux conséquences propres de la F.V.V. s'associent les déficiences organiques* dues à leur état d'indigence et à la malnutrition chronique de l'Afrique. On voit combien, plus qu'ailleurs encore, des examens complets sont nécessaires. La préparation pré-opératoire sera aussi longue qu'il le faudra pour amener en bonne condition les malades à l'intervention.

Devant la pénurie de personnel médical adjoint et la difficulté de faire réaliser par les étudiants des examens soigneux et complets, nous avons été amenés à faire imprimer des questionnaires-types pour les F.V.V. qui facilitent la tenue des observations médicales. Les photographies suivantes montrent le fac-similé de ces feuilles d'observations qui faciliteront à l'avenir, nous l'espérons, la surveillance des malades.

FISTULE VESICO-VAGINALE

HOSPITALISATION

ANNEE 19..

Observations Résumées :

Deug. FVV avec destruction partielle de l'urètre
Ileo Cystourètre plastie le 16 juillet 1954
+ Fistule Recto vaginale
+ Incontinence complète d'urine

oui ? depuis 2 mois

OMDP OMGP

3 jours ?

LES LESIONS

Etat de l'Urètre :

Etat du Vagin :

Etat du Col utérin

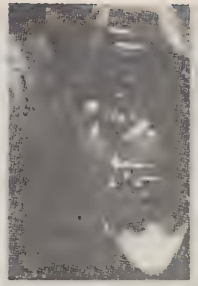
Cloison Recto-vaginale

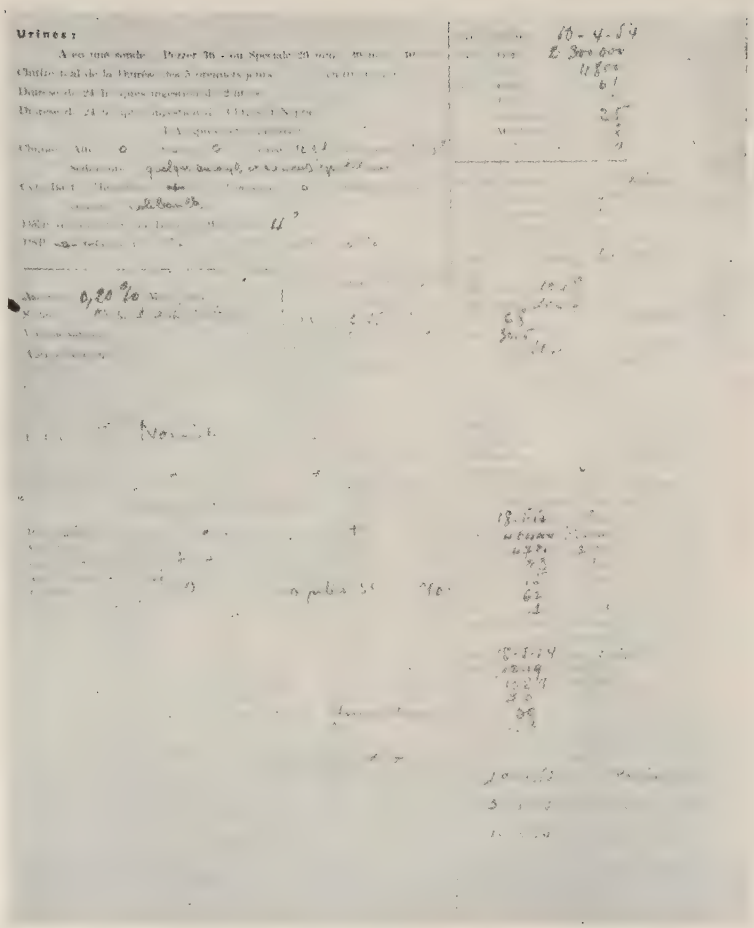
Périnée

Col

Prélèvement cervical

Renseignements obstétricaux





Urines :

Avec une sonde Pezzer 36 - ou Spéciale 20 mm.

Chambre à air de la Pezzer

Diurèse de 24 h.

Diurèse de 24 h.

6 - 4 - 54

0,20 %

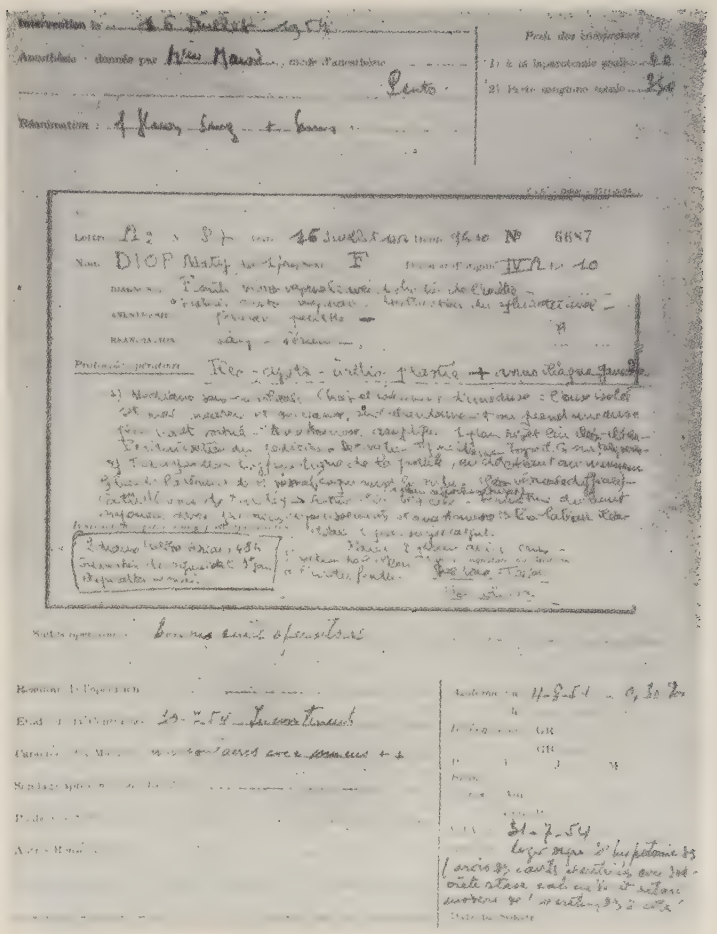
18 - 5 - 54

6 - 7 - 54

10 - 7 - 54

3

26



Intervention le 5 Juillet 54

Anesthésie : donnée par Mlle Naud

Rééducation : 1 séance 1/2 + 1 séance

Poids des urines/mesures

1) à la 1re miction après 1re séance 1 l

2) Poids urines/mesures après 1re séance 2 l

Lettre A 2 S p. en 15 Juillet 1954 N° 6887

Nom DIOP Matricule spécial F

Prothèse prothèse

Prothèse prothèse

Notes opératoires

Résultat de l'opération

Etat à la sortie

Observations

Poids

Autre Renseignement

Autorisation 11-8-54 - 0,30 %

GR

GR

21-7-54

Ligne mixte 2e hypotomie 3e

CHAPITRE IV

TRAITEMENT CHIRURGICAL

GÉNÉRALITÉS

L'étude du traitement de toutes les formes anatomo-pathologiques de F.V.V. n'est incontestablement pas chose facile. Il n'est que de lire les traités classiques pour voir combien leur exposé est déficient à ce sujet. Différentes méthodes ou procédés sont indiqués, sans que les indications opératoires en soient toujours nettement précisées.

La plupart des publications que nous avons lues font mention de quelques cas isolés ou bien encore s'attachent à la défense d'un procédé. Il nous semble que la question est plus complexe et nous voulons essentiellement, tout en passant en revue les différentes techniques, nous appuyer sur l'expérience des cures de F.V.V. à l'Hôpital Central Africain de Dakar en 1952 et 1953. Pendant ces deux années, en effet, 102 F.V.V. ont été traitées, certaines réopérées plusieurs fois ou ayant subi des interventions réparatrices en plusieurs temps, ce qui nous donne un nombre de :

— 56 malades traitées en 1952 avec 99 interventions.

— 46 malades traitées en 1953 avec 90 interventions.

Nous voudrions faire comprendre quelles furent les difficultés rencontrées, comment ont évolué les techniques et les indi-

cations et comment à la recherche d'un procédé de réparation idéal, des procédés nouveaux ont été mis en œuvre.

Incontestablement les difficultés opératoires sont le fait de l'importance de la destruction. Quand on dit que le but dans le traitement des F.V.V. est l'obturation de l'orifice de communication vaginal, c'est que l'on n'envisage que les fistules de la cloison vésico-vaginale, les plus fréquentes en Europe ». Dans ces cas-là, la discussion des méthodes thérapeutiques et des voies d'abord, peut être valable quand on manque d'expérience à leur sujet. Passer par la vessie, par voie basse vaginale, par les deux à la fois, ou par voie péritonéo-vésicale peut sembler discutable. témoin les nombreuses discussions à l'Académie de Chirurgie pendant les années 1939 et 1947.

En réalité, il n'y a pas là de problème. La voie la meilleure est celle dont on a le plus d'expérience. Mais nous nous rangeons à l'avis de Couvelaire (12) quand il pense que toujours tout peut être fait et avec succès par la voie basse vaginale. L'abord de la fistule, permettant un usage aisé des instruments est l'un des problèmes ; différentes méthodes d'élargissement le permettent, dont la voie périnéo-vaginale. Une bonne technique fait le reste et permet des succès quasi-constants. Il faut bien dire que dans ces cas l'insuccès est le fait d'un manque d'habitude et d'une technique insuffisante. Dans les rares cas où il y a récidive, une réintervention vient à bout de ce nouvel orifice et la guérison définitive est obtenue. Pourtant, des réinterventions successives en des mains peu expertes peuvent aggraver la perte de substance et conduire aux difficultés dont nous allons maintenant parler.

De l'avis général, *les « vraies » difficultés commencent avec la destruction partielle du sphincter et du col vésical.* Nous avons vu que c'était une forme de lésion fréquente correspondant aux graves escarres obstétricales. Certains auteurs dont Cabanié (9) leur donnaient une individualité particulière. C'est dans ces cas-là que la réparation vaginale devient difficile, les

conditions anatomo-pathologiques étant à ce niveau détestables. Il n'est plus question ici de pouvoir toujours se livrer à un vaste décollement péri-fistuleux permettant les adossements larges qui dans les cas précédents assurent la guérison. Il faut « refaire un col vésical », rapprocher quand il y en a et quand on le voit un sphincter vésical toujours lésé, faire parfois une véritable réimplantation de l'urètre dans la vessie, assurer par des plicatures sous-urétrales ou par d'autres moyens de soutènement une continence qui risque d'être défaillante.

Dans ces formes la sclérose pré-urétrale fixe plus ou moins l'urètre à la face postérieure de la symphyse et peut créer un « entonnoir » de la paroi vaginale antérieure où se trouve la fistule. Si la perte de substance est limitée, une opération vaginale plastique simple s'inspirant des procédés ordinairement employés dans les fistules plus haut situées, peut assurer des guérisons.

Dans les plus mauvais cas, toute tentative de ce genre devient impossible et il faut alors recourir au moyen complémentaire que constitue la libération et la mobilisation de la face antérieure de l'urètre et de la vessie, à moins que, abandonnant l'espoir d'une réparation en un temps, on en arrive comme dans les cas qui vont suivre, à envisager la guérison opératoire en deux temps successifs : fermeture d'abord de la vessie, utilisation ou reconstitution de l'urètre ensuite.

Les destructions anatomiques plus étendues, comportant toujours une perte partielle ou totale de l'urètre, s'accompagnant presque toujours d'une perte de substance vésico-vaginale étendue, souvent considérable, parfois véritablement géante, posent *le problème de la réparation vésicale et urétrale dans toute son ampleur et avec toutes ses difficultés ;* et nous rappelons qu'en Afrique Noire, c'est le cas de la moitié de nos malades. On mesure alors la difficulté de la réparation anatomo-physiologique puisqu'il faut non seulement fermer la vessie, mais fermer une vessie dont le tissu est considérablement réduit et

qu'il faudra parfois agrandir et créer ensuite de toutes pièces un canal d'évacuation permettant une miction sans incontinence ni rétention. La création de ce néo-urètre représente l'étape ultime de cette chirurgie réparatrice et incontestablement sa plus grande difficulté, puisque toute insuffisance dans sa fonction sera par la suite sévèrement sanctionnée par des accidents nombreux et à répétition. Nous verrons dans quelle mesure une solution satisfaisante peut être donnée.

Il semblerait que dans la succession de ces différentes techniques réparatrices de difficultés variées, mais toujours « théoriquement » possibles, nulle place ne soit laissée à la dérivation des urines par implantation urétéro-colique. La dérivation colique des urines quelle qu'en soit la technique pourrait sembler à première vue une solution rapide à des problèmes de réparation particulièrement difficiles. Pourtant, l'incertitude et l'inconstance des résultats éloignés de la dérivation colique, la menace qu'elle fait trop souvent peser sur les reins et leurs voies excrétrices, font qu'il s'agit là d'un procédé aléatoire, auquel pourtant conduisent les échecs opératoires répétés, l'impossibilité de la réparation et même les mauvais résultats de la réfection urétrale, sans compter l'impatience du chirurgien ou même de sa malade.

On voit ainsi toutes les difficultés « étagées » auxquelles devra faire face le chirurgien qui a choisi la voie ardue de la réparation inspirée de l'anatomie. C'est à essayer de les résoudre que l'on s'est attaché depuis deux ans, à l'Hôpital Central Africain.

⁂

J. Quenu (22), dans son traité de technique chirurgicale recommande pour la cure des F.V.V. les principes généraux suivants :

— Ne pas intervenir avant 3 mois ;

— Bien exposer la fistule ;

— Aviver, dédoubler, suturer sans traction ;

— Suturer au fil non résorbable ;

— Assurer une dérivation parfaite des urines.

Il convient de reprendre en particulier chacun de ces problèmes.

LE PROBLEME DE LA SUTURE IMMEDIATE

Il est classique pour toute F.V.V. d'origine obstétricale, d'attendre deux à trois mois avant d'intervenir, durant lesquels il est conseillé : « de placer une sonde à demeure en espérant une fermeture spontanée bien aléatoire de la fistule (20). La position ventrale, assurant une mise au sec relative de la fistule et un meilleur drainage, contribuerait à ces guérisons.

Certains auteurs (LANTHIER, MAIRE, PARRÈS) ont préconisé un traitement endoscopique par électro-coagulation des F.V.V. avec sonde à demeure. Mais il s'agit là de cas isolés et de fistulettes.

A l'Hôpital Central Africain, sur 102 F.V.V. on relève une seule guérison spontanée, mais la cicatrisation n'a pas été définitive, la malade étant revenue 7 mois après, perdant de nouveau les urines.

OBSERVATION N° 66

A. D..., 15 ans.

Entrée le 24 avril 1953. Petite fistule du col vésical, d'origine « obstétricale vraie », datant de deux mois. A perdu ses urines par chute tardive d'escarre 20 jours après l'accouchement. Sonde à demeure.

Le 12 mai 1953, **un petit calcul intra-urétral est enlevé. Fistule apparamment guérie. Le tamponnement vaginal de vérification avec le bleu de méthylène est négatif.**

Sort le 20 mai 1953. Guérison.

Revient le 8 janvier 1954 perdant à nouveau ses urines depuis un mois.

Michon et Delinotte (27) dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, écrivent : « Une fistule obstétricale ne doit pas être opérée immédiatement après l'accouchement. Il faut attendre l'involution utérine complète, le retour à la normale, et en pratique le retour de couches ».

Couvelaire (18), dans sa statistique, rapporte un échec pour n'avoir pas suivi cette règle classique des interventions en dehors du climat gravidique.

Ceci semble exact pour les fistules d'origine obstétricale vraie, due à une compression ischémique. Il est normal d'attendre que les tissus escarrifiés tombent d'eux-mêmes pour n'intervenir que sur des tissus sains.

Mais d'après deux auteurs américains, Cohn et Weinberg, ce délai normal ne se justifierait plus dans les fistules d'origine instrumentale : forceps, incision du col, césarienne. En effet, dans ces cas, il s'agit de « lacérations ». Les tissus environnants sont bons. Or, « les blessures de guerre sont bien traitées par suture primaire » (10). Pourquoi alors n'agirait-on pas de même dans les blessures de la vessie par lésions instrumentales ? Ces deux auteurs rapportent deux cas de fistules vésico-vaginales où la réparation immédiate fut faite et pour lesquelles ils obtinrent de bons résultats.

En France, s'inspirant de cette ligne de conduite, Delerue et Courtin (20) rapportent également trois observations où « après blessure de la vessie d'origine obstétricale, la réparation immédiate dans le troisième cas, faite après quelques jours de préparation dans les deux premiers cas, a donné chaque fois un excellent résultat ».

Les avantages de cette méthode seraient :

1° d'éviter l'infirmité que constitue la perte d'urines,

2° de donner un excellent accès sur la fistule,

3° de permettre un décollement plus facile,

4° de faciliter beaucoup l'exécution de plusieurs sutures recouvrantes, le fascia inter-vésico-vaginal paraissant avoir plus d'étoffe qu'en temps normal,

5° enfin d'éviter la cystostomie.

A l'Hôpital Central Africain, cette ligne de conduite a été suivie chez une seule malade dont voici l'observation :

OBSERVATION N° 60

M. N...., 20 ans.

Entrée le 3 juin 1953 à la Maternité Africaine.

Application de forceps après incision médiane antérieure du col. Cette incision ayant été **faite trop haute** a entraîné une déchirure de la cloison vésico-vaginale avec ouverture de la vessie.

Extraction de l'enfant et délivrance artificielle (intervention : M. d'Almeida). **Suture de la fistule en trois plans** : muqueux vésical, musculeux vésical, vaginal. Suture de l'incision médiane du col utérin. Sonde urétrale à demeure. Guérison.

Il est évident que la majorité de nos fistules étant d'origine ischémique, nous n'avons pas pu réaliser souvent cette suture immédiate.

Comme l'écrivent les auteurs, il semble que cette ligne de conduite soit bonne à condition que soient réalisées les trois conditions suivantes : fistule d'origine instrumentale, déchirure vésicale limitée, absence de choc. Alors, il paraît juste de tenter une suture immédiate et d'éviter ainsi à la malade une infirmité d'au moins 2-3 mois et peut-être des interventions successives.

L'EXPOSITION DE LA FISTULE

Bien exposer la fistule est un point primordial. On verra quels avantages on peut tirer de certaines manœuvres comme le « *Picot-Couvelaire* » ou le « *décollement rétropubien* » pour « amener l'orifice fistuleux à la vulve ». Mais à côté de ces

artifices, il est certain que la position de la malade aide à l'exposition de la fistule.

André (1), dans son rapport sur le traitement des F.V.V. préconise deux positions : soit la « position gynécologique dorso-sacrée, le bassin très relevé, les cuisses fortement fléchies sur le bassin, et les jambes fléchies sur les cuisses » ;

— soit la « position ventrale dite de Depage, la malade étant placée sur le ventre en V renversé, tête basse et jambes basses reposant sur des gouttières articulées ». Cette position présenterait l'avantage de « travailler comme sur un pupitre et non au plafond, le cou renversé ».

A l'Hôpital Central Africain, on utilise la position gynécologique dorso-sacrée avec Trendélembourg. Mais la malade, au lieu d'avoir les cuisses relevées, les a horizontales, jambes fléchies à 90°, soutenues par des bras articulés, dans le but de *permettre d'intervenir aussi bien par voie haute que par voie basse*. En outre, il y a intérêt à ce que les fesses de la malade dépassent le bord de la table, afin que la valve placée dans le vagin puisse bien refouler en bas la paroi vaginale postérieure.

LA SUTURE

En ce qui concerne la suture, quel que soit le procédé utilisé (avivement, dédoublement ou collerette), il est indispensable de faire de *larges adossements*.

Quant au matériel et aux méthodes préconisés pour la fermeture de l'orifice fistuleux, les avis différent.

A l'Hôpital Central Africain, la tendance est actuellement au *surjet* qui paraît réaliser une meilleure étanchéité, sans risque de déchirures des tissus. Comme matériel on utilise le *fil métallique* (fil d'acier n° 15 ou 20) extra-muqueux sur la vessie et en second lieu le *catgut* chromé.

En effet, il semble que le fil de lin comme la soie, constitue un matériel capillaire susceptible de favoriser l'infiltration des urines et par là, le lachage des sutures, alors que le fil métallique est fort bien toléré.

La suture du vagin, quand on la fait, s'accommode indifféremment de crins ou de fils métalliques, ces derniers étant enlevés.

LA DERIVATION DES URINES

Le problème de la dérivation des urines a été discuté par de nombreux auteurs, certains étant partisans de la cystostomie systématique, d'autres préférant le drainage urétral.

A l'Hôpital Central Africain, mises à part les fermetures complètes de la vessie type Marion ou autres qui nécessitent tout naturellement une cystostomie dérivatrice, on a adopté le point de vue suivant, d'ailleurs préconisé par Couvelaire (13), suivant lequel toute cure de F.V.V. siégeant au niveau du col vésical ou à son voisinage immédiat, nécessite une cystostomie haute. Pour les fistules hautes, éloignées du col vésical, une sonde urétrale à demeure suffit.

En outre, un drainage surveillé assurera par la suite la dérivation des urines. Il constitue l'unique soin post-opératoire, mais n'en est pas moins important. Qu'il soit réalisé ou non par aspiration, ce drainage doit être *permanent*. En effet, il est *essentiel* que les urines ne stagnent pas dans la vessie.

C'est pourquoi il n'est pas suffisant de mettre une sonde de drainage, mais encore faut-il veiller à ce qu'elle ne se bouche pas. Il convient donc de faire surveiller soigneusement ces malades de façon à ce qu'un caillot ne risque pas d'obstruer la sonde.

Sans aller comme Krishnan jusqu'à faire mesurer toutes les heures la quantité d'urine émise de façon à déceler précocement

un obstacle, nous pensons qu'il est de première importance de faire assurer une surveillance efficace.

Pour assurer une meilleure vacuité vésicale, certains opérateurs font mettre leurs malades en position ventrale. Elle est, il faut le dire, très inconfortable et très mal tolérée par les malades. Elle ne paraît pas indispensable et n'a été utilisée qu'à titre exceptionnel.

A l'Hôpital Central Africain de Dakar, la routine est d'utiliser l'aspiration continue à dépression faible.

CHAPITRE V

LA VOIE TRANSPÉRITONÉO-VÉSICALE DE LEGUEU

Préconisée par DITTEL et par FORGUE, elle a été utilisée par LEGUEU dans la cure des F.V.V. consécutive aux hystérectomies totales.

Elle consiste après laparotomie sous-ombilicale, à inciser longitudinalement la vessie en zone péritonéale au niveau de sa face postérieure jusqu'à la fistule. On avive les bords de celle-ci et on la suture après avoir dédoublé largement. Le vagin est également fermé.

Une seule fistule a été opérée à l'Hôpital Central Africain suivant cette technique.

OBSERVATION N° 49

G. M..., 25 ans.

Entrée le 10 décembre 1952. Transéatée de la Maternité Africaine. Accouchement dystocique terminé par une césarienne. F.V.V. datant de 9 mois. Fistule de la cloison, de petite dimension, de siège très élevé, au contact du col utérin. L'examen au spéculum ne permet pas de la voir très bien non plus que le col utérin. Intégrité de l'urètre.

Intervention le 27 décembre 1952 (Dr Barroux). L'abord de la fistule par voie basse est extrêmement malaisé en raison de sa situation. Le périnée

est très souple, et il ne semble pas qu'une périnéotomie, même bilatérale, puisse améliorer les conditions d'abord par voie vaginale, d'autant plus que le col utérin est fixé très haut.

1° Laparotomie sous-ombilicale. Libération de l'utérus fixé à la paroi, puis de la face antérieure du col utérin jusqu'à découvrir le cul-de-sac vaginal. Le dédoublement vésico-vaginal de la zone fistuleuse s'avère impossible par cette voie sans fendre la vessie. 2° On essaie de voir s'il n'est pas possible, maintenant de libérer et de suturer la fistule par voie vaginale ; les manœuvres par cette voie n'en sont pas facilitées. 3° Finalement, **par l'abdomen, la vessie est fendue sur les faces supérieure et postérieure, sur la ligne médiane, jusqu'à rejoindre l'orifice fistuleux.** Celui-ci est alors excisé et la vessie refermée, faute de pouvoir faire mieux, en UN seul plan musculeux, la muqueuse vésicale étant invaginée à l'intérieur de la vessie.

Suture du vagin. La partie supérieure de l'incision vésicale est transformée en cystostomie et mise à la peau.

Dans les suites opératoires, pendant 12 jours, température oscillant entre 38-39°. Antibiotiques.

Echec. L'examen du 12 février 1953 montre la persistance à la partie supérieure de la cloison vésico-vaginale d'un petit pertuis.

Sort le 13 février 1953, devant être réhospitalisée dans deux mois.

Cette voie offre un grand inconvénient : l'ouverture simultanée de la vessie et du péritoine, ce qui expose à l'infection péritonéale. Comme l'a dit Picot : « Cette voie constitue une opération grave et c'est sans doute à cette gravité que l'opération de M. Legueu doit d'avoir fait si peu d'adeptes » (28).

De fait, actuellement, cette voie est pratiquement abandonnée.

CHAPITRE VI

LA VOIE VÉSICALE

Au cours de ces deux années 1952-1953, sept interventions par voie vésicale ont été pratiquées à l'Hôpital Central Africain de Dakar.

Il convient de distinguer :

— la voie vésicale pure,

— la voie vésicale associée à une voie vaginale ou voie mixte.

Trois malades ont été traitées par voie vésicale pure.

Pour les quatre autres, on a utilisé une voix mixte.

Les résultats ont été les suivants :

OPERATIONS PAR VOIE VESICALE

N°	N° Observ.	Noms	Guérisons	Echecs	Décès
		1952			
1	5	M. B.		1	
		1953			
2	71	C. D.	1		
3	96	Y. D.		1	

OPERATION PAR VOIE MIXTE

N°	N° Observ.	Noms	Guérisons	Echecs	Décès
		1953			
1	59	A. B.	1		
2	63	F. F.			1
3	75	A. M.	1		
4	96	Y. D.		1	

En résumé :

— En 1952 : une seule opération par voie vésicale. Echec.

— En 1953 : deux opérations par voie vésicale avec un échec. Quatre opérations par voie mixte avec deux échecs.

*
**

Décrite par TRENDELEMBOURG, reprise et vulgarisée par MARION, la voie trans-vésicale comporte plusieurs temps :

— cystostomie large extra-péritonéale et exposition de la vessie ;

— repérage de la fistule, notamment par rapport aux orifices urétéraux ;

— avivement et dédoublement ;

— suture du vagin ;

— suture de la vessie :

Dans les sept cas où cette voie a été utilisée elle a fourni dans l'ensemble à l'opérateur un jour suffisant pour aborder la fistule.

Néanmoins en 1953, on n'a eu recours à la voie trans-vésicale qu'après avoir fait un essai de bonne exposition de la fistule par voie basse. C'est ainsi que chez les quatre malades où la

voie mixte fut utilisée, on commença l'intervention par voie basse et secondairement on poursuivit le dédoublement de la fistule par voie vésicale comme le montre l'observation suivante :

OBSERVATION N° 96

Y. D..., 35 ans.

Entré le 11 avril 1953. F.V.V. due à un accouchement laborieux, datant de 3 ans. Fistule du col vésical. Grosse perte de substance réalisant une fistule de 3 cm. de diamètre au moins. Même la grosse sonde de Pezzer ne tient pas bien dans cet orifice. Vagin assez large. Intégrité de l'urètre jusqu'au col vésical.

Première intervention le 4 mai 1953. Voie mixte, vaginale et vésicale (Dr Barroux).

Par voie vaginale : Incision et début de dédoublement autour de la fistule. Cette voie est manifestement suffisante.

Par voie suspubienne : Cystostomie large, donnant un accès sur la fistule qui a 5 bons centimètres de longueur et s'étend jusqu'à l'origine de l'urètre. Le dédoublement vésico-vaginal est poursuivi par cette voie. Suture par voie vésicale : Point en X au fil métallique sur le vagin. Surjet au fil de lin sur la musculeuse vésicale. Les points inférieurs sont difficiles à mettre en place. Cystostomie.

Echec.

Deuxième intervention le 10 août 1953. Voie vésicale (Dr Barroux). Echec : Persistance d'une fistulette.

La malade sort le 10 octobre 1953.

Elle revient le 2 janvier 1954. Persistance d'un minuscule pertuis résiduel. Ce pertuis est fermé par voie basse vaginale. Guérison avec miction spontanée normale.

Ainsi, en deux ans, à l'Hôpital Central Africain, sept interventions par voie vésicale pure ou mixte ont été faites.

Il faut noter que dans les F.V.V. dues à une ischémie, il *semble difficile malgré une cystostomie large, de bien exposer entièrement la fistule.* Il s'agit en effet de fistules s'étendant le plus souvent jusqu'au col vésical ou même un peu sur l'urètre, donc situées derrière et dessous le pubis. D'autre part, la sclé-

rose est souvent très étendue, fixant la face antérieure de la vessie et de l'urètre au pubis, rétractant la face postéro-inférieure de la vessie et réduisant ainsi la capacité vésicale.

Des procédés ont été décrits visant à « amener en surface » la paroi inférieure de la vessie. Mais ils sont impossibles à réaliser par suite de l'étendue de la perte de substance et de la sclérose. Il résulte de tout ceci qu'on est obligé de travailler au fond d'un « puits » à bout d'instrument.

On a dit que la voie vésicale permettait de repérer les orifices urétéraux et au besoin de les cathétériser quand la fistule affleure ces orifices. Mais cette manœuvre est difficile dans les fistules ischémiques. En effet, dans ces fistules qui sont trigonales, les orifices urétéraux siègent sur les bords de la fistule ou y sont coupés nets et le plus souvent ne sont pas vus. Même la méthode des éjaculations colorées per-opératoires ne permet pas toujours le repérage. D'ailleurs, comme on en reparlera par la suite, dans ces cas, la voie vésicale ou la voie vaginale ne font qu'essayer de fermer la perte de substance, mais ne tiennent pas compte des terminaisons urétérales, qui, déjà englobées dans la sclérose, risquent en outre d'être prises dans la suture. Le problème de la suture de la perte de substance doit être précédé par une action sur l'uretère si l'urographie montre la dilatation urétéro-pyélique sus-jacente. La vie du rein sus-jacent nécessite une réimplantation urétéro-vésicale préalable.

La suture de la fistule par voie trans-vésicale n'est donc pas toujours aisée à cause de l'étendue de la perte de substance et du manque d'étoffe.

Pour la suture vaginale, Marion et Pérard conseillent de fermer l'orifice vaginal par des bourses successives au fil de lin (26). Ceci a été impossible chez toutes nos malades opérées par voie vésicale. Le plus souvent on a pratiqué une suture transversale par des points séparés au fil métallique.

OBSERVATION N° 71

C. D..., 30 ans.

Entrée le 11 juillet 1953. Fistule de la cloison consécutive à un forceps, datant de 4 mois. Fistule de petite dimension remplie par une sonde de Pezzer n° 22, située au niveau d'une déchirure complète de la partie antérieure du col utérin, réalisant pratiquement une fistule vésico-utéro-vaginale. Vagin en bon état. Urètre intact.

Le 23 juillet 1953 : Voie vésicale (Dr Barroux). Large cystostomie. Dissection de la fistule avec très large dédoublement vésico-vaginal. **Suture du vagin au fil métallique. Suture de la paroi vésicale en deux plans :** musculeux au fil métallique, muqueux au catgut (surjet).

Guérison. Mise à la fermeture de l'orifice de cystostomie.

Sort le 24 août 1953.

En ce qui concerne la suture vésicale, chaque fois que cela a été possible, elle a été réalisée en deux plans musculeux et muqueux.

Dans deux cas, seul le vagin (ou la vessie) a été suturé, ce qui éviterait la formation d'un hématome et par là le lâchage des sutures.

Enfin, dans les voies mixtes, la suture a été réalisée suivant les commodités. Dans deux cas la vessie fut suturée par voie vésicale et le vagin par voie vaginale. Dans les autres cas, la suture fut faite tantôt par voie vésicale (un cas), tantôt par voie vaginale (un cas).

OBSERVATION N° 75

A. M..., 21 ans.

Entrée le 18 août 1953. F.V.V. due à un accouchement laborieux, datant de 5 mois. Fistule du col vésical de 5 cm. de diamètre, transversale. Urètre entièrement cathétérisable.

Intervention le 7 septembre 1953. Voie mixte (Dr Barroux). Par voie vaginale : **dissection difficile de la fistule même après élargissement à la Picot-Couvelaire.** Par voie vésicale : on poursuit la dissection de la fistule. **Suture par voie vaginale** de la paroi vésicale en deux plans :

— muqueux au catgut (points séparés),

— musculeux au spéchilon (points séparés) avec deuxième plan d'enfouissement jusqu'à étanchéité vérifiée au bleu de méthylène.

Pas de suture sur le vagin. Drainage par cystostomie. Au cours de toute l'intervention, le col utérin n'a pas été vu.

Guérison. Mise à la fermeture de l'orifice de cystostomie le 29 septembre 1953. Sort le 14 octobre 1953.

En résumé, on peut dire que la voie vésicale n'offre que peu d'intérêts dans la cure des F.V.V. par ischémie à cause de l'étendue de la perte de substance et de la sclérose qui rendent difficiles l'abord de la fistule et sa suture, et également parce que la fistule descend du côté vésical toujours très bas, pratiquement jusqu'au col vésical et parfois jusque sur l'urètre. Dans ces conditions, la suture de la partie inférieure de la perte de substance est toujours laborieuse et de peu de sécurité.

CHAPITRE VII

LA VOIE BASSE VAGINALE

Pour 49 opérations par « voie basse » pratiquées pour F.V.V. à l'Hôpital Central Africain, les deux tableaux suivants indiquent pour chacune des deux années le nombre de guérisons et des échecs.

OPERATIONS PAR VOIE VAGINALE : 1952

N°	N° Observ.	Noms	Opérateurs	Guérisons	Résultats incertains	Echecs
1	3	T. S.	M. Ayité			1
2	3	T. S.	M. Abasse	1		
3	6	F. D.	M. Abasse	1		
4	8	F. L.	M. Ayité			1
5	8	F. L.	M. Ayité	1		
6	9	L. M.	M. Abasse			1
7	9	L. M.	M. Ayité	1		
8	14	A. N.	M. Ayité		1	
9	16	S. D.	M. Ayité			1
10	24	L. D.	M. Ayité	1		
11	25	E. S.	M. Abasse	1		
12	26	R. G.	M. Ayité			1
13	26	R. G.	M. Ayité			1
14	28	S. B.	M. Ayité			1
			A reporter..	6	1	7

N°	N° Observ.	Noms	Opérateurs	Guérisons	Résultats incertains	Echecs
			Report ..	6	1	7
15	28	S. B.	M. Ayité	1		
16	29	F. S.	M. Ayité			1
17	29	F. S.	M. Ayité			1
18	31	F. D.	M. Ayité			1
19	31	F. D.	M. d'Almeida			1
20	31	F. D.	M. Thiecoura ...	1		
21	32	S. N.	Dr Barroux	1		
22	33	A. N.	M. Ayité	1		
23	35	A. N.	Pr Letac	1		
24	37	M. D.	Dr Barroux			1
25	37	M. D.	M. d'Almeida			1
26	37	M. D.	M. Abasse			1
27	38	N. N.	M. Ayité	1		
28	39	M. D.	M. Ayité			1
29	41	A. S.	M. Ayité			1
30	44	M. D.	M. d'Almeida ...	1		
31	45	K. G.	M. Ayité	1		
32	46	B. D.	M. Ayité			1
33	46	B. D.	M. Ayité			1
34	48	N. D.	M. Abasse			1
35	51	A. P.	M. Abasse			1
36	56	A. D.	Dr Barroux	1		
				14	2	20

En résumé, et par opérateur :

Opérateurs		Guérisons	%	Echecs	incertains
Pr Letac	1	1			
M. Ayité	21	6	28	13	2
M. Abasse	7	3	43	4	
M. Thiecoura	1	1			
M. d'Almeida ...	3	1	33	2	
Dr Barroux	3	2	66	1	

OPERATIONS PAR VOIE VAGINALE : 1953

N°	N° Observ.	Noms	Opérateurs	Guérisons	Echecs
1	43	N. D.	Dr Barroux	1	
2	58	M. B.	Dr Barroux	1	
3	62	F. S.	Pr Letac	1	
4	69	A. T.	Dr Barroux	1	
5	73	A. T.	Pr Birbis	1	
6	74	A. F.	M. Dieng	1	
7	77	M. F.	Pr Birbis		1
8	77	M. F.	Pr Birbis	1	
9	79	M. D.	Dr Barroux		1
10	79	M. D.	Dr Barroux	1	
11	82	C. S.	Pr Birbis		1
12	82	C. S.	Pr Birbis	1	
13	85	F. M.	Dr Barroux	1	
				10	3

Ces tableaux nécessitent des explications.

Comme on peut le constater, les résultats sont notablement meilleurs pour l'année 1953 que pour l'année 1952.

Ainsi en 1952, les 36 interventions par voie basse ont été réalisées chez 25 malades :

— 14 ont guéri : 10 après une intervention, 3 après 2 interventions, 1 après 3 interventions.

— 2 ont eu un résultat douteux, l'une ayant subi deux interventions, l'autre une seule.

— pour les 9 autres malades, 14 interventions ont été pratiquées qui ont échoué.

En 1953, 13 voies basses ont été réalisées chez 10 malades qui ont guéri : 7 après une seule intervention, les trois autres après deux interventions.

En résumé, on obtient les résultats suivants :

Années	Malades opérées	Guérisons	Résultats incertains	Echecs
1952	25	56 %	8 %	36 %
1953	10	100 %		0 %

A quoi est due cette différence ?

Tout d'abord à l'homogénéité plus grande des opérateurs d'où il résulte une plus grande expérience et une meilleure technique. Ensuite à de meilleures indications, quelques malades porteuses de F.V.V. avec destruction du sphincter vésical et de l'urètre ayant été opérées plusieurs fois par voie basse en 1952. L'échec était fatal.

⁂

La voie basse vaginale est la plus anciennement employée pour la cure des F.V.V. (Jobert de Lamballe, 1834, M. Sims, 1849). Il convient de l'étudier sous *deux aspects différents*. En premier lieu celui de *la cure des fistules de la cloison* qui, comme on l'a écrit plus haut, ne posent qu'un problème de suture. Le deuxième point de vue, beaucoup plus délicat concerne *les fistules du col vésical* avec destruction du sphincter vésical pour lesquelles se posent les questions de la réparation du sphincter et de la continence.

A. — La cure d'une fistule de la cloison par voie basse comporte 3 *temps* :

— Exposition de la fistule,

— Dédoublement de la fistule,

— Suture des parois vésicale et vaginale.

1. - *L'exposition de la fistule* est *importante* car elle permettra un bon dédoublement. Pour cela, il est classique de fixer les

petites lèvres à la face interne des cuisses, de placer une valve postérieure, de saisir le col utérin et de l'abaisser avec une pince de Museux ou, comme nous le préférons ici, avec des crins doubles passés dans chaque commissure cervicale. Ainsi, on expose la face antérieure du vagin avec la fistule. Néanmoins, ces manœuvres n'ont pas toujours donné aux opérateurs un jour suffisant et il est exceptionnel que la traction sur le col utérin réussisse à abaisser et à extérioriser la fistule. Des procédés ont été décrits en vue d'agrandir la voie d'abord : double ou même quadruple épisiotomie. En 1939, Picot (28), proposait à l'Académie de Chirurgie la voie d'abord vagino-périnéale :

— incision périnéale transversale à un travers de doigt de la commissure vulvaire ;
— recherche du plan de clivage recto-vaginal ;
— poursuite du décollement recto-vaginal jusqu'au cul-de-sac de Douglas ;
— section de la paroi postérieure du vagin sur la ligne médiane ;
— si l'exposition est insuffisante, section transversale des releveurs (14).

Il n'est pas question de reprendre toutes les discussions pour savoir si les fistules doivent être opérées par voie basse ou voie haute. Mais à l'Hôpital Central Africain on a pu constater par expérience que la grande majorité des fistules de la cloison sont abordables par voie basse vaginale. Quant à la voie d'abord vagino-périnéale, elle n'a été utilisée que six fois. Dans deux cas elle s'est révélée insuffisante et l'on a dû compléter l'intervention par une voie vésicale. Dans quatre cas, elle a donné un jour excellent et a été suffisante. Mais parmi les 49 voies basses qui ont été pratiquées en deux ans, dans 43 cas la voie vaginale simple a été suffisante. On pourrait trouver cela anormal, étant donné l'importance de la sclérose et le fait que la traction sur le col utérin n'abaisse pratiquement pas la fistule. En réalité, les fistules que l'on voit en A.O.F. sont bas-situées pour la

plupart. Ceci explique que si l'urètre et une partie du sphincter sont conservés, si la fistule n'est pas située au fond d'une dépression scléreuse de la paroi vaginale antérieure, la majorité des F.V.V. sont alors abordables par voie vaginale simple.

2. - *Le décollement de la fistule* constitue le deuxième temps opératoire. *Il est essentiel.*

Comme l'écrit Couvelaire (13) : « Séparer la vessie du vagin, les séparer sur une vaste étendue, constitue, c'est bien connu, le secret de la réussite ». On cherchera à découvrir le plan de clivage vésico-vaginal, puis au bistouri, aux ciseaux, à la compresse montée on fera le dédoublement aussi large que possible et on n'hésitera pas en arrière à poursuivre le décollement au-delà du cul-de-sac vaginal, entre vessie et utérus. Il peut être nécessaire de remonter jusqu'au cul-de-sac péritonéal vésico-utérin.

3. - *La suture* a été faite de bien des manières :

1° Suture vaginale isolée par le procédé de Marion-Sims : avivement, refoulement sans suture de la vessie, suture soignée isolée du vagin. Cette technique éviterait la formation de petits calculs au contact de la suture vésicale. Elle aurait également l'avantage de bien réintégrer les uretères dans la vessie sans risquer de les prendre dans la suture.

2° Procédé de la collerette de Fergusson-Braquehaye comme le décrit l'observation suivante :

OBSERVATION N° 58

M. B..., 18 ans.

Entrée le 24 janvier 1953. F.V.V. due à un accouchement laborieux, datant de 9 mois. Fistule de la cloison, punctiforme, bas située au contact du col vésical. Intervention le 5 février 1953. Voie basse (Dr Barroux). **Dissection d'une collerette de muqueuse vaginale qui est ensuite retournée dans la vessie.** Un point en X au catgut ferme l'orifice. Il est enfoui sous des bourses de nylon. Suture vaginale en surjet au nylon. Aucune tension de suture. Cystostomie haute pour éviter le contact d'une sonde urétrale à demeure.

Le 21 février 1953 : Guérison. Mise à la fermeture de l'orifice de cystostomie. Sort le 7 mars 1953 : Guérison, continence.

3° d'une façon générale, il semble qu'il faille essayer de faire autant de plans qu'il est possible d'en faire, c'est-à-dire trois ou quatre.

OBSERVATION N° 62

F. S..., 32 ans.

Entrée le 10 février 1953. F.V.V. due à un accouchement laborieux, datant de 15 ans. Fistule de la cloison admettant facilement le bout du doigt. Urètre intact.

Intervention le 18 février 1953. Voie basse (Pr Letac). Cure par dédoublement. **Suture en trois plans :** Surjet muqueux vésical au catgut chromé. Points séparés au catgut chromé sur le muscle vésical. Trois points de Blair au fil d'acier affrontant sur le vagin. Sonde de Nélaton urétrale.

Sort le 7 mars 1953. Guérison, continence.

Mais il n'est pas toujours possible de trouver l'étoffe nécessaire et parfois on ne peut faire qu'une suture en deux plans. De toute façon, on s'efforcera de bien adosser les surfaces après un large dédoublement. De plus, on évitera de mettre les sutures en face. On peut chercher à faire une suture en croix si la ligne de suture n'est pas trop étendue.

OBSERVATION N° 69

A. T..., 15 ans.

Entrée le 24 mai 1953. F.V.V. de la cloison, due à un accouchement laborieux, datant de 3 mois. Fistule de 1 cm. 5 × 1 cm. à bords souples, située à la partie haute de la cloison vésico-vaginale dans le cul-de-sac droit.

Intervention le 11 juin 1953. Voie basse (Dr Barroux).

Après un petit dédoublement à la Picot-Couvelaire, large dissection de la vessie. Suture en deux plans : musculo-musculaire vésical au fil métallique (points séparés), vaginal au catgut. Sonde de Pezzer à demeure.

Sort le 2 juillet 1953. Guérison. Continence.

4° La fermeture des deux parois, de la vessie et du vagin a été critiquée, car elle favoriserait la collection des hématomes et par là, le lâchage des sutures. C'est ainsi que SIMS préconisait la suture unique du vagin. COUVELAIRE conseille la suture isolée de la vessie par plans étagés, jusqu'à quatre plans successifs.

Chaque fois qu'il n'a pas été possible de faire mieux, on s'est contenté d'une suture vésicale en deux plans, la muqueuse vaginale n'étant rapprochée que par un ou deux points.

En résumé il ne semble *pas* qu'il doive y avoir de *règle absolue*. Un *point* est *essentiel* : c'est le *dédoublement* qui doit être aussi large que possible.

En ce qui concerne la *suture*, on fera, comme le recommande COUVELAIRE (13), *autant de plans qu'il sera possible d'en faire sur la vessie*, le vagin n'étant pas alors suturé. Dans les cas contraires où l'étoffe vésicale sera insuffisante, on complètera par un plan de recouvrement vaginal, à moins que l'on ne craigne un suintement hémorragique. De toute façon, la suture vaginale ne sera pas étanche, et un poudrage antibiotique réduira le danger d'infection de l'éventuel hématome.

Un dernier point mérite d'être cité. Il s'agit de *l'abaissement complémentaire du col utérin*. Dans les fistules de la cloison vésico-vaginale, cet abaissement assure un soutènement de la suture vésicale, une coaptation meilleure des lèvres vésicale et vaginale. Pour cela, le col utérin est amarré aux tissus fibreux sous-pubiens de la malade par deux fils solides (crins doublés) prenant point d'appui au niveau de ses commissures latérales.

En conclusion, pour qui a suffisamment d'expérience, *la cure des fistules de la cloison vésico-vaginale n'offre pas de difficultés insurmontables*. Une bonne exposition de la fistule, un large dédoublement, une suture étanche en plusieurs plans avec un bon adossement des surfaces complétée si nécessaire par un abaissement du col, un drainage efficace assureront la guérison.

B. — *Il n'en est plus de même pour les fistules du col vésical* ou fistules par ischémie de CABANIÉ. Le *problème* est alors *double :* suture, continence.

Là commencent les vraies difficultés. On les rencontre à chaque temps opératoire.

En premier lieu *l'exposition de la fistule.* La voie vagino-périnéale ne donne pas toujours le jour suffisant pour atteindre *ces fistules rétropubiennes.*

Le *dédoublement* est *difficile* à réaliser à la face inférieure ou « plancher de l'urètre restant ». On ne peut en général le pousser très loin. Comment dans ces cas obtenir l'étoffe suffisante pour réaliser de larges adossements. Car il y a incongruence entre le large bord postérieur vésical de la fistule et son bord antérieur urétral.

La *suture* est *des plus délicates.* Elle vise d'une part à fermer l'orifice fistuleux vésico-vaginal. De plus, et c'est là le point essentiel, elle doit chercher à reconstituer un sphincter.

Classiquement, MICHON et DELINOTTE, dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, préconisent, *soit la voie basse complétée par une intervention visant à obvier à l'incontinence, soit l'opération de* MARION. Cette deuxième technique prouvant qu'alors l'espoir de récupérer et d'utiliser l'urètre est abandonné, les fistules relevant de ce dernier procédé sont à notre avis à considérer comme des pertes urétrales partielles.

I. — Chez quelques rares malades porteuses de fistules du col vésical, la suture par voie basse a été réalisée. Elle peut être complétée sur-le-champ soit par une plicature sous-urétrale constituée par l'adossement des plans de suture successifs, soit par une suspension du col vésical.

De plus, il s'agissait de fistules du col vésical pour lesquelles n'était pas réalisé le tableau classique que l'on a décrit au chapitre de l'Anatomie Pathologique. Les bords en étaient souples.

L'orifice fistuleux n'était pas englobé dans un « calus fibreux rétropubien ». L'urètre et la face antérieure de la vessie n'étaient pas soudés au pubis. Dans les cas d'incongruence, une suture en raquette peut faciliter la réimplantation de l'urètre sur la vessie.

Si après réparation et guérison de la fistule, l'incontinence urétrale persiste, on peut envisager la suspension aponévrotique du col vésical. Mais nous pensons qu'elle n'est pas sans présenter des dangers.

Dans un cas (Observ. n° 3) la fistule ayant été fermée par voie basse et la malade étant restée incontinente, on pratiqua dans un deuxième temps une suspension du col vésical par ruban de fascia lata (technique de DELINOTTE). Le résultat fut un échec par suite d'un sphacèle de l'urètre par le ruban aponévrotique avec nouvelle F.V.V. On voit le *danger d'une compression même mesurée au niveau d'une zone fragilisée par une opération de suture,* ou à son voisinage.

II. — *L'opération de* MARION est classiquement indiquée dans la cure des fistules urétro-cervico-vaginales avec destruction du col vésical et de l'urètre.

Abandonnant tout essai de réparation du sphincter, elle se pratique en deux temps :

— Le premier temps est destiné à fermer complètement la vessie par voie vaginale, le drainage des urines étant réalisé par une cystostomie que l'on pratique dans le même temps.

— Quelques semaines plus tard, dans une deuxième intervention, la fermeture de la vessie étant obtenue, un nouvel urètre est créé par tunnellisation des tissus sous-pubiens au moyen d'un trocart courbe et épidermisé par une greffe prélevée sur le vagin.

A l'Hôpital Central Africain de Dakar, douze opérations par voie basse, selon le procédé de MARION, ont été réalisées. Les résultats en sont les suivants :

1952 - OPERATIONS DE MARION - 1er TEMPS : SUTURE PAR VOIE BASSE

N°	N° Obs.	Noms	Opérateurs	Echecs
1	22	M. N.	M. Ayité	1
2	22	M. N.	M. Ayité	1
3	22	M. N.	M. Abasse	1
4	27	H. D.	Pr Letac	1
5	36	A. N.	M. Ayité	1
6	36	A. N.	M. Ayité	1
7	36	A. N.	M. d'Almeida	1
8	40	C. B.	M. Ayité	1
9	55	D. S.	M. Ayité	1
10	55	D. S.	M. Ayité	1
11	55	D. S.	M. Ayité	1

soit 100 % d'échecs.

1953 - OPERATION DE MARION - 1er TEMPS SUTURE PAR VOIE BASSE

N°	N° Obs.	Noms	Opérateur	Résultat douteux
1	72	P. S.	Dr Barroux	Persistance d'un petit pertuis vésico-vaginal sphinctérisé. Miction satisfaisante.

Comme on peut le constater, d'après ces deux tableaux, il n'a pas été possible dans aucun cas d'obtenir une guérison après fermeture complète de la vessie par voie basse. Il en résulte que chez ces malades aucun néo-urètre n'a pu être réalisé dans un deuxième temps.

Néanmoins, chez d'autres malades, et même chez certaines de ces dernières, après fermeture vésicale complète réalisée par

d'autre voie que la voie basse et après guérison par cicatrisation de la brèche vésicale, des néo-urètres ont été réalisés par tunnellisation sous-pubienne selon la technique de MARION. Nous en parlerons plus loin à propos des néo-urètres.

La cause de ces échecs successifs (certaines malades ont subi jusqu'à trois interventions itératives) *est un manque de tissus* par suite de la *sclérose*. Comment dès lors obtenir un affrontement ?

Comme l'a écrit SABADINI (31) : « On ne peut pas avoir la prétention en suivant la technique de MARION, de fermer ces pertes de substances monstrueuses à pourtour scléreux ».

CONCLUSION

Nous pouvons donc conclure :

1° *que la voie vaginale est une excellente voie*. Elle n'est pratiquement pas à mettre en discussion avec la voie vésicale. Elle suffit toujours, en s'aidant au besoin d'un élargissement, à aborder toutes les fistules de la cloison vésico-vaginale, même lorsqu'elles sont haut situées. Le reste est une question de bonne suture et d'habitude. Elle doit donner dans ces cas une très importante proportion de succès d'emblée, et en cas d'échec une deuxième intervention apportera la guérison.

2° *que la fermeture des fistules du col vésical est autrement difficile* et *réclame un temps de réparation sphinctérienne* qui ne sera obtenu que dans les cas de destructions urétrales limitées, les lésions étendues de l'urètre relevant d'autres procédés.

3° *qu'enfin la voie vaginale connaît des limites*. La fermeture totale de la vessie par voie basse (MARION) est presque toujours impossible dans les cas de pertes de substance étendues. Faites sans obtenir le tissu nécessaire à un bon affrontement, ces fermetures vésicales sont vouées à l'échec. Il est hors de doute que dans ces cas la liberté de la suture sans tension, « le mou qui manque », ne peuvent être gagnés que par le bénéfice supplémentaire que donne le décollement rétropubien total.

CHAPITRE VIII

LES VOIES RÉTROPUBIENNES

L'introduction de la voie d'abord rétropubienne est le gros progrès de ces dernières années dans le traitement des F.V.V. avec destruction urétrale. Elle a permis des espoirs nouveaux de réparation anatomique ou inspirée de l'anatomie dans des cas qui, auparavant, étaient considérés comme incurables ou irréparables et pour lesquels la seule ressource était la dérivation intestinale des urines. Elle marquerait, si les résultats opératoires en étaient bons et si la récupération de la fonction du réservoir et de l'urètre était parfaite, un net recul dans l'utilisation des implantations urétéro-coliques que beaucoup s'accordent à considérer comme un pis-aller.

Dans l'étude des décollements rétropubiens il convient de distinguer successivement :

1° - *Le décollement pré-vésico-urétral* considéré par certains chirurgiens comme un temps *complémentaire* mais essentiel de la cure des fistules de la région du col vésical.

2° - *L'abord rétropubien des grandes fistules* dans lesquelles il y a de fait ou en pratique séparation entre, d'une part la cavité vésicale béante par la fistule dans le vagin, et d'autre part le moignon urétral (fistules avec destruction urétrale).

A. — LIBERATION VESICO-URETRALE RETROPUBIENNE COMPLEMENTAIRE

Les difficultés de la cure par voie basse de certaines fistules du col vésical et de toutes les fistules avec destruction partielle ou totale de l'urètre sont dues à l'adhérence de la face antérieure de la vessie, du col vésical et de la face supérieure de l'urètre au pubis. L'importance de cette sclérose rétropubienne a été bien décrite par CABANIÉ (9). Il en résulte que l'exposition de ces fistules ischémiques collées au pubis est difficile. Et surtout que le dédoublement vésico-vaginal même étendu en arrière ne permet pas une suture sans tension et les larges adossements indispensables.

On devine alors l'intérêt que semble présenter pour la cure de ces fistules un décollement rétropubien qui libèrera la « face inférieure de la vessie, donnera le « mou » qui manquait et rendra possible dans de bonnes conditions la suture ». (2)

L'utilisation première du décollement rétropubien dans la cure des F.V.V. revient à des auteurs indochinois (LE ROY des BARRES, puis LÉ VAN MIENG et ROTON) (29-30).

Par la suite, CABANIÉ, à l'Hôpital Français de Tanger, utilisa la technique indochinoise dans la cure des fistules ischémiques du col (6, 7, 8).

Cette technique repose sur *deux faits anatomiques constants, « la fistule est centrée sur le col vésical* empiétant à la fois sur la vessie et l'urètre. *La sclérose* régionale à ce niveau *atteint son maximum derrière la symphyse* où tout espace cellulo-graisseux a disparu et où le col est étroitement plaqué contre la symphyse » (8).

On distingue quatre temps opératoires :

— Premier temps : « cystostomie haute ».

— Deuxième temps : « débridement postéro-latéral gauche du vagin, ouvrant la vulve et donnant un accès facile ».

Cet accès vaginal peut également être obtenu avec moins de délabrement par la voie périnéale de Picot.

— Troisième temps : rétropubien inférieur : « incision longeant le bord interne de la racine droite du clitoris, passant transversalement en avant du méat urétral, coupant à angle droit la racine gauche du clitoris et la petite lèvre, se terminant sur la grande lèvre gauche ». C'est là le temps caractéristique du procédé.

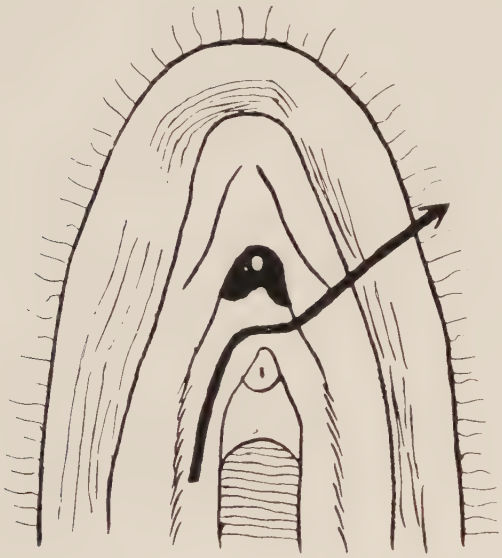


Fig. 22. — Le décollement rétropubien par voie basse.
(Le Roy des Barres - Lé Van Mieng - Cabanié)

— Quatrième temps : vaginal : « Incision à la limite de la muqueuse vaginale et de la muqueuse urinaire sans empiéter en aucun cas sur cette dernière. Abrasion du vagin, comme dans l'avivement de Sims, sur la lèvre supérieure de la fistule, non sur la lèvre inférieure urétrale où l'étoffe disponible reste courte et d'une minceur dangereuse ». Suture transversale selon

le procédé de Sims, c'est-à-dire vaginale soignée au crin de Florence ; ou bien suture en deux plans.

En résumé, il s'agit d'une *intervention mixte* comportant un *décollement rétropubien de bas en haut,* après lequel « la fistule, souvent peu visible auparavant, est toujours devenue parfaitement visible et accessible » (8).

— Cinquième temps : Suture du débridement vaginal.

En outre, la deuxième particularité de cette technique est *l'abaissement du col utérin* que l'on amarre par des crins doubles aux tissus fibreux rétro-pubiens.

A cette technique indochinoise, on pourrait faire un reproche : la difficulté du temps rétropubien indispensable. La section vulvaire en avant du méat urétral est particulièrement hémorragique. Couvelaire (13, 18), qui trouve cette incision pré-urétrale inutile, difficile et hémorragique, a proposé de

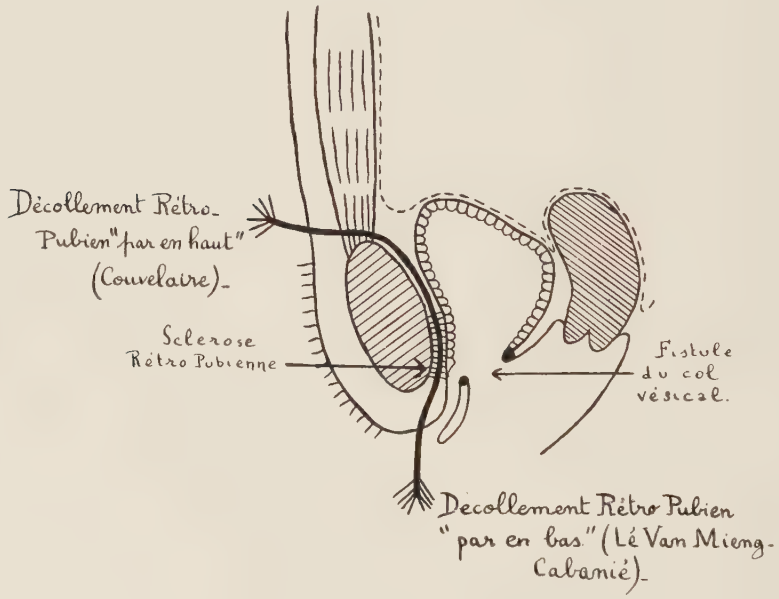


Fig. 23. — Libération rétro-pubienne complémentaire de la vessie dans les fistules du col vésical.

modifier le procédé indochinois repris par CABANIÉ, en réalisant la *libération rétropubienne* de la vessie et de l'urètre *par voie haute hypogastrique de haut en bas.*

Ainsi, « la libération de la face antérieure de la vessie paraît d'exécution plus commode, plus sûre et moins sanglante » (13).

Envisagée de la sorte, la cure d'une fistule ischémique pourrait être réalisée par voie mixte rétropubienne et vaginale comportant :

— une cystostomie, indispensable dans toute cure de fistule du col vésical ou juxta-cervicale.

— un temps rétropubien de libération de la face antérieure de la vessie jusqu'à l'urètre.

— un temps vaginal comportant un dédoublement et une suture qui sont alors aisés.

— un abaissement du col utérin en vue de « diminuer la tension des sutures et d'éviter la fermeture hermétique du vagin ».

A l'Hôpital Central Africain, aucune fistule n'a été opérée en 1952 et 1953 suivant cette technique. Il est vrai que sur 102 fistules observées, 19 seulement présentaient une atteinte du col vésical et étaient assez caractéristiques dans leurs caractères anatomo-pathologiques.

Parmi celles-ci :

— pour l'une il y a eu cicatrisation spontanée.

— 3 ont été traitées par voie mixte vésicale et vaginale.

— 6 ont été opérées par voie basse simple ou selon la méthode de MARION, la majorité d'entre elles en 1952 par des opérateurs ignorant alors la technique de CABANIÉ.

— pour 6 autres, les destructions urétrales ont paru être la lésion principale. Le plafond urétral était toujours si insuffisant

qu'il a été effondré lors du décollement rétropubien par voie hypogastrique. La fistule vésicale a par la suite été traitée pour elle-même (suture ou retournement vésical). C'est d'ailleurs une technique opératoire conseillée par Ducassou et préconisée par Couvelaire.

— enfin, 3 autres, après échec de voies basses, ont été traitées également par voie rétropubienne.

Le service chirurgical de l'Hôpital Central Africain n'a donc aucune expérience de cette méthode et on peut être étonné de sa si fréquente utilisation dans les fistules tangéroises. Peut-être, les destructions aoéfiennes sont-elles encore plus étendues que celles d'Afrique du Nord, et réalisent-elles plus souvent ce que nous appelons fistules avec destruction urétrale, les limites entre ces deux catégories de lésions étant toujours difficiles à préciser. Il est fort possible que cependant nous n'ayions pas su donner la place qu'elle mérite à cette technique qui semble bonne et assise sur des bases anatomo-pathologiques réelles et solides. On se proposait en 1954 de l'utiliser dans les cas qui sembleraient la réclamer. L'indication de la faire n'a pas encore paru nécessaire.

⁂

B. — LA VOIE D'ABORD RETROPUBIENNE DES FISTULES AVEC DESTRUCTION ETENDUE DE LA VESSIE ET DE L'URETRE

Reprenant « l'esprit de la méthode de Marion » (fermeture de la vessie + néo-urètre) et profitant des enseignements des interventions prostatiques rétropubiennes que nous devons à Terence Millin », Couvelaire en 1947, puis Sabadini en 1951 ont proposé pour la cure des F.V.V. avec destruction urétrale une technique visant à fermer la vessie par voie vaginale

et rétropubienne combinée et à créer plus tard un néo-urètre. Seule, la fermeture de la vessie nous intéresse ici. La technique que décrivent SABADINI et DUCASSOU (21, 31), comporte trois temps :

— *Le premier temps* vaginal « consiste à circonscrire les parois de la fistule, à les séparer des plans voisins, de manière à faciliter le temps abdominal ».

On libère ainsi la lèvre postérieure para-utérine de la fistule, puis la lèvre antérieure pour laquelle il n'est point besoin d'aller aussi loin que pour la précédente, sa libération allant être complétée dans le deuxième temps.

— *Le deuxième temps* est rétropubien. Après incision pubo-ombilicale, la vessie est dégagée au doigt jusqu'à sa partie inférieure. A ce niveau, elle est « le siège d'un bloc scléreux qui la fixe fortement au pubis » empêchant d'étendre la libération jusqu'au col vésical. Ce bloc scléreux est sectionné jusqu'à ce que l'on pénètre dans le vagin. L'orifice vésical qui primitivement regardait en bas, se trouve transposé vers l'hypogastre.

La brèche vésicale ainsi exposée, on réalise après excision des bords, sa suture en deux plans : muco-muqueux et musculeux.

— *Dans un troisième temps,* la vessie formant ainsi « un sac complètement fermé » est redescendue en position normale et fixée aux deux lèvres vaginales postérieure et antérieure, obturant ainsi la brèche vaginale.

Une cystostomie est « pratiquée *très haut* au sommet vésical et amarrée *très bas* à la portion para-pubienne de l'incision », ceci pour éviter toute traction.

A l'Hôpital Central Africain de Dakar, 34 opérations de ce type ont été faites.

Les tableaux suivants en indiquent les résultats :

N°	N° Obs.	Noms	Opérateurs	Guérisons	Résultats incertains	Echecs
			1 9 5 2			
1	1	S. D.	Pr Letac			1
2	4	M. S.	Dr Navarrane			1
3	4	M. S.	Pr Letac			1
4	7	F. M.	Dr d'Anella			1
5	7	F. M.	M. Ayité			1
6	10	S. D.	Pr Letac			1
7	10	S. D.	Pr Letac			1
8	11	F. N.	M. Ayité			1
9	12	P. K.	Dr d'Anella	1		
10	13	C. S.	M. Ayité			1
11	15	N. D.	M. Ayité	1		
12	16	S. D.	M. d'Almeida			1
13	17	A. D.	M. Ayité	1		
14	18	H. S.	Pr Letac			1
15	18	H. S.	M. Ayité			1
16	20	A. G.	Pr Letac	1		
17	22	M. N.	M. Ayité	1		
18	23	B. T.	M. Ayité		1	
19	27	H. D.	M. Ayité			1
20	30	Y. C.	M. Ayité			1
21	30	Y. C.	M. Ayité			1
22	39	M. D.	M. d'Almeida	1		
23	40	C. B.	Dr Barroux	1		
24	42	P. D.	M. Ayité	1		
25	43	N. D.	M. Ayité	1		
26	50	M N.	Dr Barroux			1
27	52	D. N.	Dr Barroux	1		
28	54	M.M.	M. Ayité	1		
				11	1	16
			1 9 5 3			
1	1	S. D.	Dr Barroux	1		
2	18	H. S.	Dr Barroux			1
3	18	H. S.	Dr Barroux			1
4	37	M D.	Dr Barroux			D.C.D.
5	57	D. K.	Dr Barroux	1		
6	88	P. S.	Dr Barroux	1		
				3		3

En résumé, sans tenir compte des opérations itératives :

— En 1952 : 23 malades ont été traitées selon cette technique :

11 ont été guéries après une intervention.

11 n'ont pas été guéries après une ou deux interventions.

Pour une malade le résultat a été incomplet.

— En 1953 : 5 malades ont été opérées par cette technique :

3 ont guéri après une intervention, dont une avait déjà été opérée une fois en 1952 sans succès.

2 ont conservé leur fistule.

Au total, pour 28 malades les résultats sont indiqués dans le tableau suivant :

Années	Malades opérés	Guérisons	Douteux	Echecs
1952 ..... 1953	28	50 %	3,5 %	46,5 %

On peut considérer que la libération de la face antérieure de la vessie a donné souvent l'étoffe qui manquait et a rendu possible dans d'assez bonnes conditions la suture. Ainsi, *là où il était impossible d'obtenir une guérison par la technique de* MARION, *la voie rétro-pubienne a permis des succès.*

OBSERVATION N° 22

M. N... 22 ans.

Entrée le 20 février 1952. F.V.V. due à un accouchement laborieux datant de un an. Fistule avec destruction totale de l'urètre.

Première intervention le 11 mars 1952. Opération de Marion 1er temps (M. Ayité). Fermeture complète de la vessie après dédoublement. Suture en deux plans. Cystostomie. Echec.

Deuxième intervention le 29 avril 1952. Nouvelle cure suivant la même technique (M. Ayité). Echec.

Sort le 5 juin 1952.

Revient le 8 septembre 1952. Fistule avec destruction complète de l'urètre. Le méat n'existe plus. La cystostomie s'est refermée.

Intervention le 17 septembre 1952. Nouvelle cure de la fistule selon la technique de Marion : Dédoublement, suture. Cystostomie (M. Abasse). Echec.

Intervention le 27 octobre 1952 (M. Ayité). **Par voie vaginale,** les décollements sont faciles. Le lambeau postérieur est assez long. **Par voie rétropubienne** : libération de la face antérieure de la vessie. Celle-ci se déchire, étant friable. Avivement et suture de l'orifice vésical en deux plans au catgut chromé. Suture de la paroi antérieure du vagin. Sulfamides et mèche dans le Retzius. Suture de la paroi. Guérison.

Le 4 décembre 1952, création d'un néo-urètre par forage trans-symphysaire. Le 9 janvier 1953, le néo-urètre admet la bougie n° 6. La malade affirme uriner en jet. Sort le 18 janvier 1953.

Cette malade a été revue le 7 décembre 1953. Sept jours auparavant, elle avait accouché à la Maternité Africaine. Quelques gouttes d'urines suintaient par l'orifice de cystostomie. Mais la malade affirmait uriner à volonté et pouvoir s'arrêter au cours des mictions. A l'examen, on notait un urètre bien tapissé de muqueuse semblable à la muqueuse vaginale. L'urètre n'était pas cathétérisable par la sonde métallique ni par la bougie n° 1. On pénétrait facilement sur 2 à 3 cm. et on butait ensuite sans qu'on puisse cathétériser l'orifice.

Les résultats ont été *meilleurs quand l'opération* par la voie rétro-pubienne *a été pratiquée d'emblée* chez des malades pour lesquelles aucune cure de la fistule n'avait été auparavant réalisée. C'est ainsi que l'on note 10 guérisons et 4 échecs sur 14 malades chez lesquelles la fermeture de la fistule par opération rétropubienne était la première tentative de cure. Dans le cas contraire, on relève sur 14 malades, 5 réussites contre 9 échecs.

Peu à peu il a semblé que *la séparation entre temps vaginal et temps abdominal n'était pas indispensable.* L'ensemble de *l'intervention* pouvait être *réalisé uniquement par voie rétropubienne sans avoir recours à la voie vaginale.* C'est ce qui a été fait chez un certain nombre de nos malades.

OBSERVATION N° 88

P. S.... 17 ans.

Entrée le 9 décembre 1953. F.V.V. due à un accouchement laborieux, datant de 4 mois. Fistule avec destruction urétrale, antérieure, collée au pubis, admettant l'index, à bords assez souples. Sclérose vaginale : bride cicatricielle postérieure « en croissant de lune ». Urètre détruit (il ne reste plus qu'un segment de 1 cm. à 1 cm. 1/2).

Intervention le 24 décembre 1953 (Dr Barroux).

Incision sus-pubienne. Décollement rétropubien jusqu'à la fistule. Libération de son bord postérieur et dédoublement vésico-vaginal par la même voie. Suture en trois plans : points séparés extra-muqueux au fil de lin ; deux surjets d'enfouissement au lin. Le lambeau vaginal est fixé très bas au-dessous de la section urétrale de façon à pouvoir utiliser si possible ce

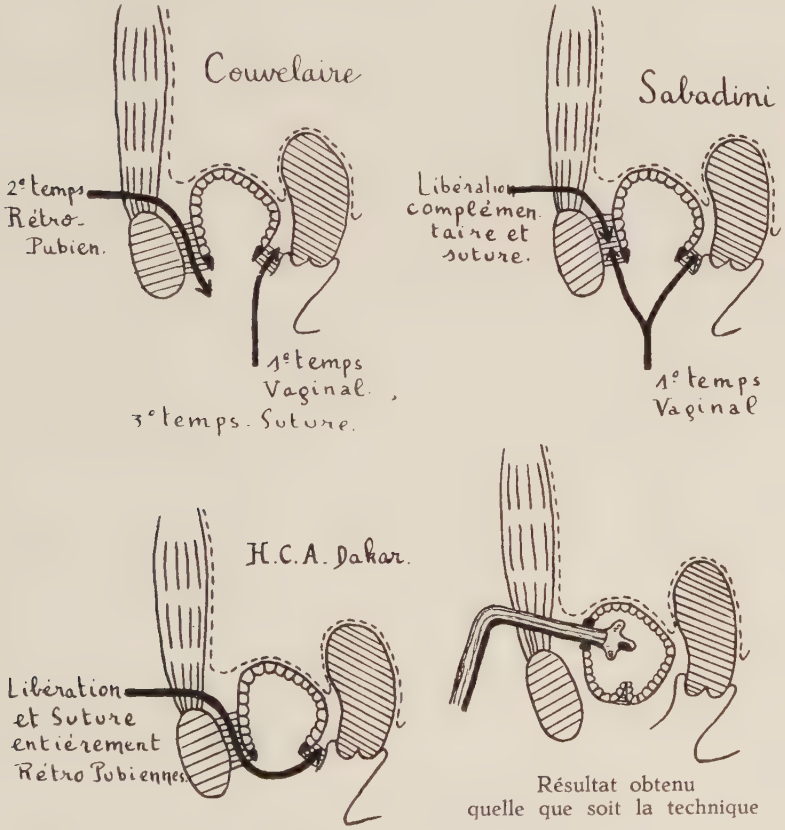


Fig. 24. — La voie rétropubienne dans les grandes F.V.V. (fermeture de la vessie en sac sous le couvert d'une cystostomie suivant le principe de Marion)

moignon d'urètre restant qui ne fait quand même guère plus de 1 cm. à 1 cm. 1/2. Cystostomie haute.

Bonnes suites opératoires. Guérison. Ne perd plus par le vagin.

Sort le 19 février 1954. Devant être réhospitalisée dans deux mois pour néo-urètre.

Néanmoins, malgré une bonne libération par voie rétropubienne des lèvres antérieure et postérieure de la fistule, malgré une suture en deux plans et une cystostomie haute amarrée le plus bas possible, il y a lâchage dans 50 % des cas. Il ne nous a pas été possible de comparer ces résultats avec ceux du service de M. SABADINI, que nous n'avons pas trouvés dans sa publication.

Bien qu'après fermeture de la brèche vésico-vaginale la vessie soit remise en position normale, il semble qu'une *traction* s'exerce *au niveau de la suture*. En effet, la vessie a souvent une petite capacité. Ses parois sont rétractées. La suture se trouve donc soumise à la traction des uretères en bas, de l'orifice de cystostomie en haut.

De plus, malgré le drainage des urines, les *tissus* antérieurement *traumatisés et infectés*, seront plus facilement *sujets au lâchage* chez des femmes carencées et en mauvais état général.

Bien entendu, les échecs ont été repris par d'autres procédés, ou ont finalement été traités par la dérivation colique des urines qui constitue dans tous ces cas la dernière ressource.

⁂

C. — LE RETOURNEMENT VESICAL

Dans toutes ces grandes fistules africaines avec destruction de l'urètre par ischémie, lorsqu'on veut essayer d'obtenir une réparation anatomique, il convient d'abord d'obtenir la fermeture de la vessie, un néo-urètre étant ensuite créé secondairement. Nous avons vu d'ailleurs que cette manière de procéder pouvait être, à tort ou à raison, étendue à certaines fistules du

col vésical avec large destruction du plancher, où ce qui reste du toit urétral ne suffit pas pour reconstituer le canal et le col vésical. Dans ces cas on peut se croire autorisé à compléter la séparation urétrale et à fermer la vessie comme un sac sous le couvert d'une cystostomie.

Sabadini et Ducassou ont considérablement amélioré les conditions de la fermeture vésicale en proposant d'utiliser une voie d'abord mixte vaginale et rétropubienne.

« Mais il s'agit toujours de sutures, donc exposées à lâcher sur des tissus dangereusement friables et où la plus légère tension, la moindre infection vésicale sont autant de causes d'insuccès » (2).

Il peut sembler séduisant d'essayer d'échapper à l'insécurité des sutures. C'est ce qui a été fait à l'Hôpital Central Africain de Dakar où *une technique opératoire « sans suture »*, réalisant un retournement vésical, a été utilisée depuis décembre 1952.

Opposant aux « F.V.V. à muqueuse ourlée et organisées définitivement, les fistules vésicales hypogastriques dont la tendance à la fermeture est bien connue », on a voulu réaliser une *transposition hypogastrique de la fistule*.

Des recherches bibliographiques ont par la suite permis de savoir qu'une méthode de ce genre avait déjà été proposée par Garriga-Roca, de Barcelone, en 1934. Mais l'auteur suturait la brèche vésicale, sauf la partie toute supérieure qu'il fixait aux téguments hypogastriques. Dans un deuxième temps, il cherchait à sphinctériser cet orifice par suture des muscles pyramidaux, le transformant ainsi en une cystostomie hypogastrique définitive et continente.

Ici le « retournement vésical » ne se proposait comme but que de *supprimer la fistule vaginale en la transposant, un néo-urètre étant fait secondairement* comme dans le Marion ou le Sabadini.

La technique du retournement vésical peut se résumer dans les six schémas suivants :

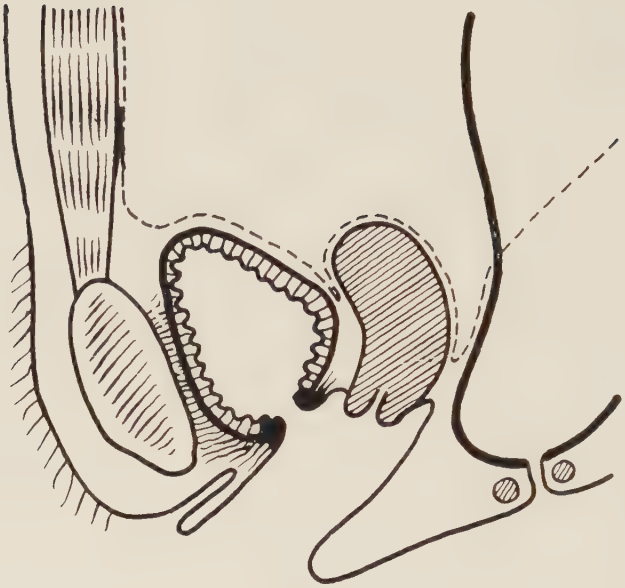


Schéma 1. — L'indication opératoire.
Fistules vésico-vaginales, avec destruction du col vésical et de partie ou totalité de l'urètre.

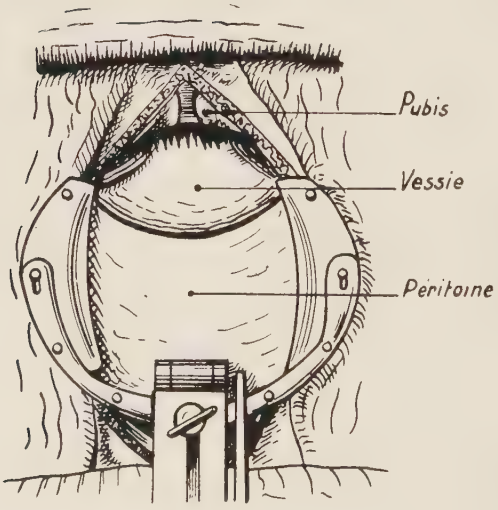


Schéma 2
La voie d'abord retropubienne
Incision médiane sus pubienne de 10 cm. Désinsertion des grands droits du pubis sur 2 cm. Mise en place d'un écarteur bivalve.

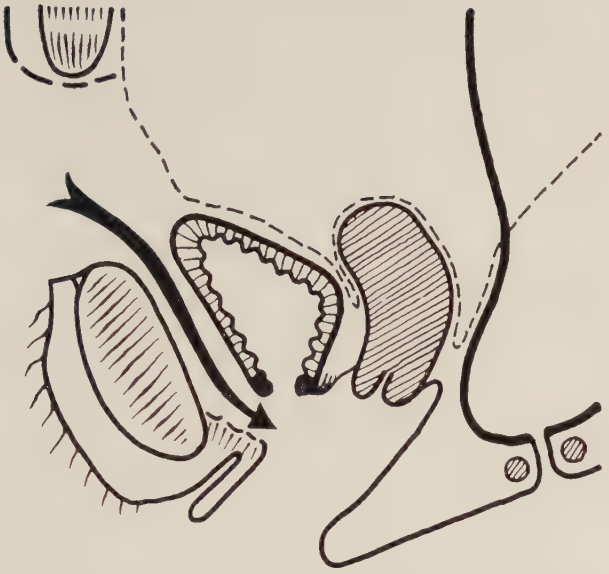


Schéma 3. — Retournement vésical 1er temps.

Libération de la face antérieure de la vessie par décollement vésico-pubien. Le doigt ou la compresse montée sans l'intervention d'aucun instrument, réalisent aisément ce décollement jusqu'à l' « ouverture » de la fistule. Hémostase au fur et à mesure par électrocoagulation.

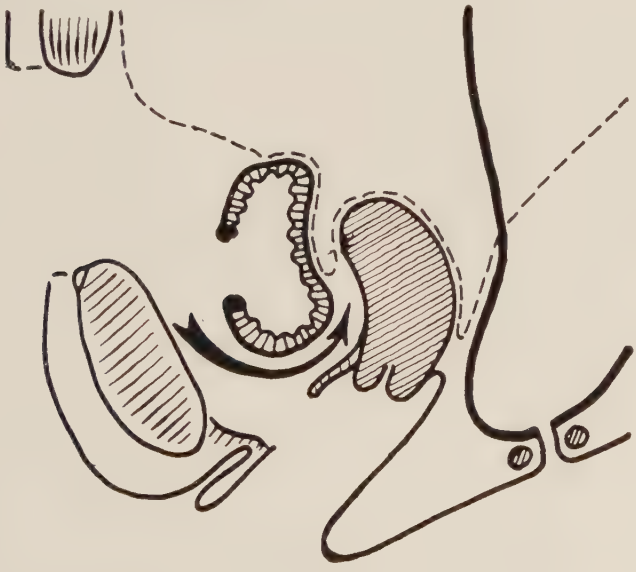


Schéma 4. — Retournement vésical 2e temps.

La libération de la lèvre postérieure de la fistule est complétée et le clivage vésico-vaginal entrepris. Longs ciseaux mousses ou bistouri peuvent être utiles, mais la compresse montée, par des mouvements « appuyés », fait encore l'essentiel du travail.

Il peut être nécessaire de poursuivre le clivage jusqu'à l'espace vésico-utérin. Les uretères terminaux peuvent être vus. Point n'est besoin de les rechercher systématiquement. Ce temps opératoire est le plus délicat. Il n'est pas toujours utile de le poursuivre très loin. Le maximum à obtenir est d'amener le bord postérieur de la fistule au contact de la face postérieure du pubis. On peut se contenter de moins. Il suffit qu'une bonne orientation hypogastrique soit donnée à la fistule. Hémostase par électrocoagulation.

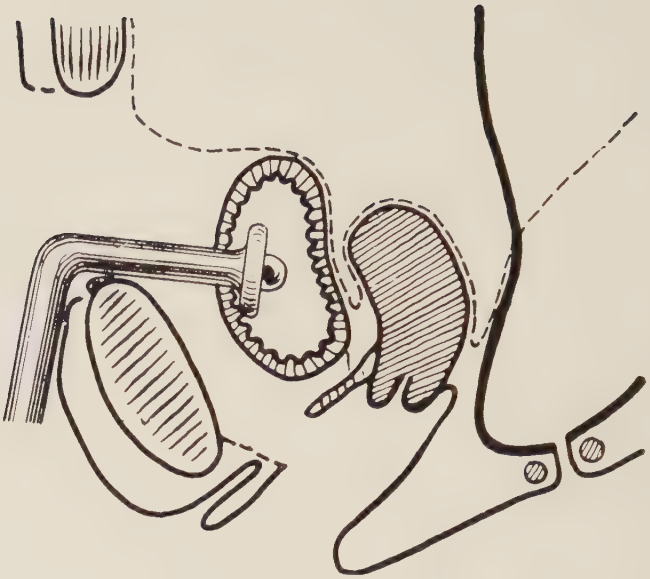


Schéma 5. — Mise en place d'une grosse sonde de Pezzer (n° 36) fixée par une bourse de fil métallique.

C'est une petite aiguille courbe montée de fil d'acier n° 20 qui est le plus facilement utilisée à cet usage dans la région rétropubienne. L'aiguille prendra appui dans les tissus scléreux péri fistuleux (aucune excision des bords ne doit être faite) ou à défaut dans la couche musculaire vésicale. Il ne faut pas charger la muqueuse. Ainsi lors du serrage de la bourse, la muqueuse vésicale sera bien invaginée et en même temps les orifices urétéraux qui bien souvent sont sur les bords de la fistule ou très près, seront « réintégrés » dans la cavité vésicale. Serrage modéré écrasant très légèrement la sonde. Le fil métallique est « perdu ».

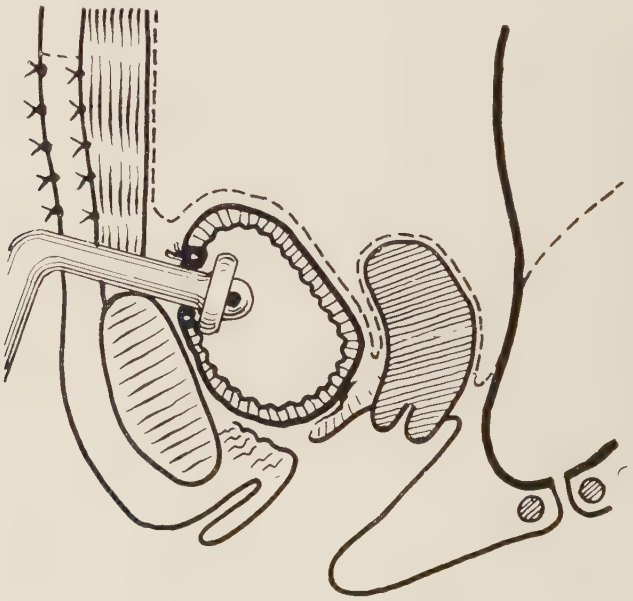


Schéma 6. — Fermeture.

Aucune suture vaginale. On laisse « retomber » la vessie dans sa loge, pendue à la sonde de Pezzer « comme le poisson à la ligne du pêcheur ». Aucun autre moyen de fixation. Antibiotiques en poudre dans les décollements. Suture de l'aponévrose des droits aux fils d'acier. Crins sur la peau. Pansement occlusif. Aspiration continue. Le néo-urètre est créé deux à trois mois après, selon l'état des tissus.

Fig. 25. — Il s'agit de la malade dont les photographies suivantes montrent la cure par « Retournement Vésical ».

Persistance d'un moignon d'urètre dont on voit le méat. Au-dessous, le vagin est rempli par une masse qui pend de la cloison vaginale antérieure.

Il s'agit d'une exstrophie de la paroi vésicale supérieure à travers la fistule.

Fig. 26. — La même malade : l'exstrophie vésicale a été réduite. Une compresse emplit la vessie et évite la récidive du prolapsus. On voit très bien l'orifice fistuleux très large bordé d'un ectropion de muqueuse vésicale.

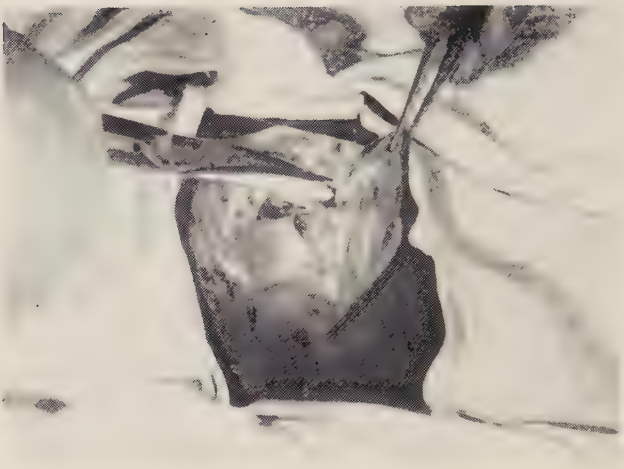


Fig. 27. — Retournement vésical : la voie d'abord.
Incision pubo-ombilicale.
Section partielle de l'insertion des grands droits sur le pubis.

Fig. 28. — Retournement vésical : le décollement vésico-pubien est terminé. La fistule est « ouverte », on aperçoit également le vagin dans lequel une compresse a été introduite. Il reste à inciser en arrière de la fistule à la limite de la muqueuse vésicale et de la muqueuse vaginale, et à poursuivre le décollement en arrière, vésico-vaginal puis vésico-utérin.

Fig. 29. — Retournement vésical : le temps de décollement postérieur est terminé. La vessie « vient » en avant. La fistule s'est orientée vers l'hypogastre. La vessie a été remplie par une compresse qui indique ainsi les limites de la fistule.

Fig. 30. — Retournement vésical. Passage de la bourse autour de la fistule, à l'aiguillle courbe enfilée de fil d'acier n° 20.

Fig. 31 — Retournement vésical. Serrage de la bourse de fil métallique autour d'une grosse sonde de « Pezzer ».

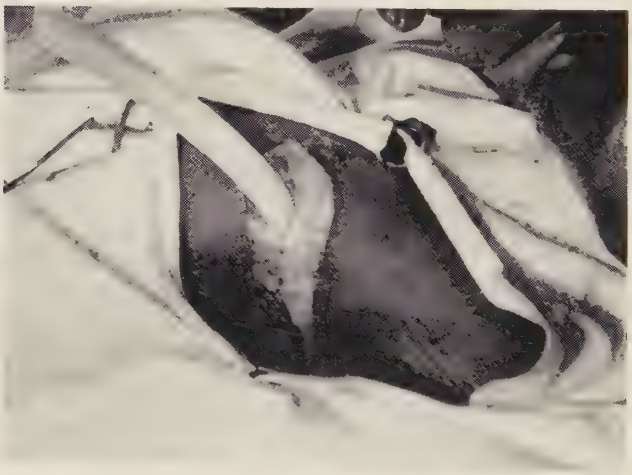


Fig. 32. — Retournement vésical. Fermeture de la paroi.

N°	N° Obs.	Noms	Retournement			COMMENTAIRES	Reprise retournement		N°
			Guérison	Résultat incomplet	Echec		Guérison	Echec	
1	7	F. M.	1						
2	11	F. N.	1						
3	18	H. S.			1			1	1
4	19	A. B.			1				
5	26	R. G.	1						
6	34	R. K.	1						
7	49	G. M.			1				
8	50	M. N.			1		1		2
9	51	A. P.	1						
10	64	D. G.	Considérée à la sortie comme guérie.		1	Sortie sans perdre d'urines Traumatisme génital ?	1		3
11	65	B. D.	Considérée à la sortie comme guérie.	(pertuis 1 sphinctérisé)		Sortie sans perdre d'urines Traumatisme génital ?			
12	67	C. D.	Considérée à la sortie comme guérie.		1	Sortie sans perdre d'urines Traumatisme génital ?			
13	76	M. M.	1						
14	78	N. F.	Considérée à la sortie comme guérie.		1	Sortie sans perdre d'urines Traumatisme génital ?		1	4
15	83	B. B.			1			1	5
16	84	M. B.			1			1	6
17	87	F. M.	1						
18	89	A. N.	Considérée à la sortie comme guérie.		1	Sortie sans perdre d'urines Traumatisme génital ?		1	7
19	91	M. N.	1						
20	92	N. G.	1						
21	93	F. M.			1		1		8
22	95	A. M.	1						
23	97	B. L.	1						
24	98	A. S.			1				
25	99	A. D.			1				
26	102	K. G.	1						
			12	1	13		3	5	8

Ce tableau nécessite quelques explications.

Sur 26 malades, 17 ne présentaient plus de pertes d'urines deux à trois semaines après l'intervention. La cicatrisation rétropubienne pouvait être considérée comme obtenue. Parmi elles, cinq furent renvoyées chez elles pour deux-trois mois, en attendant la création du néo-urètre. Elles revinrent toutes en perdant leurs urines par le vagin. On a pensé qu'un *traumatisme certainement génital* est à l'origine d'un « arrachement » de la lèvre postérieure de la fistule cicatrisée contre le pubis.

Donc, sur les 26 malades opérées par retournement, 13 perdirent à nouveau leurs urines soit primitivement, soit secondairement.

OBSERVATION N° 78

N. F..., 16 ans.

Entrée le 25 avril 1953. F.V.V. due à un accouchement laborieux datant de un mois. Grosse fistule où deux doigts pénètrent presque. Destruction complète de la cloison vésico-vaginale et de l'urètre dont il ne reste qu'un centimètre. Vagin scléreux assez rétréci. Disparition presque complète du col utérin qui n'est représenté que par un tout petit orifice punctiforme.

Intervention le 10 juin 1953 (Pr Letac). **Retournement vésical.** Incision médiane sous-ombilicale. Désinsertion sur 3 cm. des droits et pyramidaux à la symphyse pubienne. Décollement rétropubien de la vessie. Les uretères sont vus en bordure de la fistule. Décollement vésico-vaginal jusqu'à ce que la fistule devienne rétropubienne et hypogastrique. Fil d'acier en bourse sur le pourtour de la fistule, invaginant la muqueuse et fermant l'orifice sur une grosse sonde de Pezzer coudée. Suture de l'aponévrose au fil d'acier. Crins sur la peau.

Guérison. Sort le 25 juin 1953. A réhospitaliser dans trois mois pour un néo-urètre.

Revient le 8 septembre 1953, **perdant les urines par le vagin. A l'examen : fistulette rétropubienne admettant la pulpe de l'index.**

Parmi ces cinq malades, l'une (Observ. n° 65) est revenue, présentant un petit orifice difficile à voir à travers lequel péné-

trait une bougie jusque dans la vessie. Néanmoins, la malade disait ne pas perdre les urines et était satisfaite de sa fonction. Il s'agissait d'un pertuis sphinctérisé

Cette technique présente plusieurs avantages :

1° Tout d'abord, elle est *entièrement réalisée par voie rétro-pubienne,* rendant ainsi beaucoup plus aisés le décollement et le dédoublement que dans un vagin souvent atrésié.

2° De plus, il s'agit d'une *intervention très économe du tissu vésical.* Les bords scléreux de la fistule qui, dans une cure par voie basse ou un Sabadini doivent être excisés et adossés sont utilisés ici comme support de la cystostomie.

3° En outre, la bourse péri-fistulaire, invaginant la totalité de la muqueuse, *permet de « réintégrer » automatiquement les méats urétéraux* qui sont, en cas de suture, si difficiles à repérer ». (2)

OBSERVATION N° 76

M. M..., 22 ans.

Entrée le 11 avril 1953. F.V.V. due à un accouchement laborieux, datant de un an. Fistule avec destruction urétrale admettant facilement un doigt, à bords souples.

Le 23 avril 1953, retournement vésical (Dr Barroux). Incision hypogastrique de 10 cm. allant jusqu'au pubis. Désinsertion des droits sur 2 cm., ce qui donne un jour excellent. Décollement vésico-pubien facile. Incision du bord muqueux postérieur et décollement vésico-vaginal qui n'a pas besoin d'être remonté très haut. **Les uretères ne sont pas vus. Sonde de Pezzer vésicale invaginant la muqueuse, fixée par une bourse de fil métallique.** Suture du vagin par voie rétropubienne par un point en X au fil métallique. Fermeture de la paroi. Guérison.

Parfois cependant les uretères sont si près du bord qu'ils se trouvent lors de la mise en place de la sonde entre celle-ci et la bourse métallique. La dérivation des urines est alors incomplètement obtenue par la sonde de Pezzer et une partie des urines

peut s'écouler dans la plaie et infiltrer le décollement rétropubien.

4° L'absence de suture a encore *l'intérêt d'opérer en milieu infecté ou sub-infecté,* « ce qui a son prix quand on sait combien, même avec streptomycinothérapie prolongée ou tifomycine, il est difficile de se débarrasser entièrement de la colibacillurie ». (2)

5° Enfin, l'absence de suture *permet de raccourcir le classique délai de trois mois avant l'intervention.*

« Pas de suture, pas de lâchage », peut sembler une formule optimiste. En effet, il y a des causes d'échecs. Une infiltration des urines en dehors de la sonde et s'écoulant dans l'espace vésico-pubien, peut entraîner l'organisation d'une fistulette résiduelle. C'est ce qui semble avoir été à l'origine de neuf de nos échecs.

C'est pourquoi, cherchant à maintenir la lèvre postérieure de la fistule contre le pubis pour favoriser sa fixation, dans les cas les plus récents, on a été amené à la fixer par quelques points aux tissus rétropubiens et à suturer le vagin par voie rétropubienne quand la chose a été possible.

OBSERVATION N° 87

F. M..., 20 ans.

Entrée le 27 mars 1953. F.V.V. due à un accouchement laborieux, datant de 6 mois. Fistule avec destruction urétrale, large, admettant plus de un doigt, antérieure. Vagin très scléreux : bride postérieure « en croissant de lune ». Urètre partiellement détruit et borgne.

Le 7 avril 1953 : Retournement vésical (Dr Barroux). Après incision médiane sous-ombilicale et désinsertion des droits : décollement rétropubien antérieur et libération vésicale latérale. Incision vésico-vaginale au niveau de la lèvre postérieure et décollement vésico-vaginal remonté sur 4 à 5 cm. **Fermeture de la brèche vaginale par voie rétropubienne au fil métallique.** Bourse métallique fermant la vessie autour d'une sonde de Pezzer. Fermeture de la paroi. Guérison.

OBSERVATION N° 102

K. G..., 18 ans.

Entrée le 31 août 1953. Fistule avec destruction urétrale, admettant deux doigts, due à un accouchement laborieux terminé par un forceps, datant de 15 jours. Sphacèle de la région environnante. Vagin rouge et ulcéré surtout au niveau de la cloison recto-vaginale. Le 18 septembre 1953 : Nette amélioration, pas de fistule recto-vaginale.

Le 21 septembre 1953, retournement vésical (Dr Barroux) suivant la technique habituelle que l'on complète par : — **la fermeture du vagin :** 2 points en X au fil métalliqce ; — par **la coagulation en « pointillé »** de la face postérieure **du pubis** et de la face face postérieure de **la vessie ;** — par **la fixation** (3 fils de lin) **de la face postérieure de la vessie à la face postérieure du pubis.** Fermeture de la paroi sur petit drainage. Bonnes suites opératoires.

Si le retournement vésical fait suite à une intervention par voie basse ou rétropubienne, la malade est souvent porteuse d'une cystostomie.

Il est alors préférable de pratiquer une incision transversale de 7 à 8 cm., à mi-distance entre le pubis et l'orifice de cystostomie.

La section franche des droits et de leur gaine « permet de relever la vessie et d'aborder l'espace rétropubien plus aisément que par l'incision médiane verticale » (2). L'orifice de cystostomie est laissé tel qu'il est. La sonde de Pezzer en sera enlevée quelques jours après l'intervention et l'orifice sera abandonné à la cicatrisation spontanée, remplacé qu'il est dans sa fonction par la sonde du retournement. Ceci fut réalisé chez 9 de nos malades.

OBSERVATION N° 11

F. N..., 20 ans.

Entrée le 3 janvier 1952. F.R.V.V. due à un accouchement laborieux, datant de 2 mois. Destruction urétrale.

Intervention le 20 février 1952. Anus de dérivation (M. Ayité). Sabadini. Echec.

Le 18 décembre 1952 ,cure de la fistule recto-vaginale (Dr Barroux). Guérison.

Le 22 janvier 1953. Guérison de la F.R.V. Il reste à traiter la F.V.V. mais l'intervention est repoussée à 2-3 mois en raison de l'état de sclérose du vagin qui n'admet qu'un doigt et qui présente une bride posterieure extrêmement indurée. La malade sort porteuse d'une cysto.

Revient le 14 avril 1953. Examen sous-anesthésie : fistule de la face postérieure de la vessie légèrement éloignée de la face postérieure de la symphyse, réalisant un véritable canal scléreux de 3 à 4 cm. au fond d'un tout petit vagin scléreux. L'urètre a entièrement disparu.

Le 18 mai 1953, l'intervention est repoussée, la malade ayant fait une chute de T.A. au cours de la préparation.

Intervention le 5 juin 1953 (Dr Barroux). Retournement vésical. **Incision transversale sus-pubienne.** Décollement vésico-pubien. Exposition de la fistule. Isolement de ses bords en particulier du bord postérieur, suffisamment pour pouvoir l'orienter vers l'avant. **Bourse au fil métallique autour d'une sonde de Malécot dans la vessie.** Fermeture de la paroi aux fils métalliques. Crins sur la peau. 2e **sonde de Pezzer dans l'ancien orifice de cysto.** Bonnes suites opératoires. Guérison.

*
**

REPRISE DES ECHECS

Parmi les 13 échecs, pour 8 malades on est réintervenu par cette même voie rétropubienne transversale.

L'exploration dans tous ces cas a montré une fistulette de très petite dimension due à un défaut d'accollement de la vessie au pubis.

La technique a été la suivante : incision transversale sus-pubienne, exposition de la fistulette résiduelle que l'on a : soit électro-coagulée ainsi que la face postérieure du pubis, soit suturée.

Les résultats ont été :

3 guérisons,
5 échecs.

Au total, pour 26 malades traitées par retournement avec ou sans reprise, on note :

15 bons résultats, soit 57 %,

10 échecs, soit 38 %,

et 1 résultat imparfait, mais fonctionnellement suffisant.

En conclusion, la cure des grandes F.V.V. avec destruction urétrale a paru facilitée par le retournement vésical qui offre l'intérêt d'être une technique simple permettant d'intervenir en milieu infecté et ne nécessitant pas de suture.

Néanmoins cette technique, outre son importante proportion d'échecs, pourrait présenter un autre inconvénient, « la tension des uretères due à la torsion vésicale dans l'axe antéro-postérieur ou leur englobement dans un foyer de sclérose cicatricielle ». (2)

En réalité, aucun signe clinique ou urographique témoignant d'une souffrance urétérale n'a été remarqué chez nos malades d'une façon plus nette et plus évidente que pour les Sabadini ou les voies basses.

CHAPITRE IX

LA RÉFECTION VÉSICALE

Dans les techniques de cure par voie rétropubienne que nous venons d'exposer (Sabadini ou retournement), le but recherché est l'assèchement du vagin qui témoigne de la guérison de la F.V.V.

Les résultats opératoires obtenus à l'Hôpital Central Africain pendant les deux années 1952-1953 ont montré que dans notre service au moins, les échecs étaient encore trop nombreux.

La crainte du lâchage des sutures par manque de vitalité des tissus affrontés et infection avait conduit à envisager l'opération sans suture que constitue le « retournement vésical ».

Cette intervention n'a pas donné des pourcentages de résultats tellement meilleurs que la suture. Des fistulettes résiduelles trop fréquentes et difficiles à reprendre en font une opération incertaine. Dans la production de ces pertuis résiduels, il semble que ce défaut d'accollement soit dû à la tendance au retrait en arrière de la lèvre postérieure de la fistule. Celle-ci, qu'on s'était proposé de faire adhérer à la face postérieure du pubis suit la traction des pédicules urétéraux. Et il faut voir dans cette traction, qui persiste même lorsque le décollement vésico-utérin est poussé très haut, la cause principale des échecs du retournement.

Cette traction est plus faible lorsqu'on fait la suture, car celle-ci une fois terminée, la vessie est redescendue assez bas dans la région rétropubienne et la traction urétérale se relâche. Elle peut néanmoins rester suffisante pour être une cause de lâchage de cette suture d'autant plus que la proximité des uretères empêche souvent de réaliser les multiples plans d'enfouissement (trois ou quatre) qui seraient utiles pour assurer la guérison.

La réimplantation des uretères ou néo-cysto-urétérostomie avait déjà été utilisée à l'Hôpital Central Africain dans des cas où les uretères terminaux avaient été sectionnés lors de la libération de la vessie ou comme réintervention, si les uretères ayant été englobés dans les sutures, une anurie persistante s'en était suivie, ou bien encore d'emblée avant toute cure de la F.V.V. dans les cas où l'U.I.V. indiquait la surpression urétéro-pyélo-calicielle et la souffrance du rein.

Aussi, dans 4 cas où à l'intervention il a semblé que la présence des uretères terminaux et leur traction rendaient précaires les sutures, ils ont été sectionnés, de propos délibéré, par principe, sans indications particulières de surpression des voies excrétrices rénales. Les commissures de la brèche vésicale s'en sont trouvées *considérablement libérées ;* elles ont pu, alors qu'elles se trouvaient tirées latéralement, être rapprochées de la ligne médiane. La place nécessaire à de bonnes sutures étagées d'enfouissement a été ainsi gagnée. De la sorte trois ou quatre plans de suture ont pu être faits dans chaque cas. Dans les cas où l'intervention a été ainsi conduite, *il n'y a pas eu de lâchage.*

La réalisation de cette intervention s'est inspirée de certains temps opératoires de la cystectomie trigonale de R. Couvelaire (17). Pour indiquer qu'il y a eu section et réimplantation urétérale, sans nécessité d'ordre urétéral, nous dirons qu'il y a eu « réfection vésicale ».

Technique. — Section de principe des uretères terminaux dans leur portion juxta-murale (ce qui facilite la suture de la fistule).

La découverte des uretères lombo-iliaques est faite au détroit supérieur et au-dessous de lui par voie extra-péritonéale après section entre deux ligatures du ligament rond utérin. Section des uretères au niveau choisi.

La réimplantation est pratiquée au niveau du dôme vésical, après extra-péritonisation de la calotte. Les uretères sont cathétérisés par une sonde urétérale. La vessie est incisée sur 5 mm. jusqu'à sa muqueuse. 4 points cardinaux au fil de spéchilon (n° 00 ou 000) solidarisent muqueuse vésicale d'une part et paroi de l'uretère d'autre part, sectionnée en sifflet si le calibre en paraît trop étroit. Un point referme lâchement l'incision musculaire vésicale.

Cystostomie haute. Les deux sondes urétérales traversent alors le chapeau de la sonde de Pezzer placée dans la cystostomie. Bien entendu un seul uretère peut paraître devoir être mis en cause dans la traction de la brèche vésicale à refermer. Dans ces cas-là il sera seul coupé et réimplanté, tandis que l'autre sera ménagé.

Nous voulons insister sur le fait que ce n'est pas le souci de ramener à la normale une voie excrétrice en surpression qui, dans ce cas doit guider l'opérateur. Mais seulement *le désir* de faire *une très bonne suture* en libérant parfaitement les bords de la brèche vésicale, en supprimant toute cause de tension, *même si cette cause est l'uretère terminal.* Ainsi peuvent être faits les trois ou quatre plans de sutures qui semblent devoir assurer à coup sûr la guérison. Encore faut-il que les néo-méats urétéraux aient un fonctionnement satisfaisant, évitent le reflux et que leur rétrécissement ne soit pas une cause ultérieure de dilatation pyélo-calicielle, d'infection et de néphrite. Nous manquons d'expérience et de recul à ce sujet, mais il semble que *le fonctionnement des néo-cysto-urétérostomies* soit

en général assez bon et ne soulève pas les critiques adressées à l'implantation urétéro-colique. Cette tactique opératoire a été utilisée dans quatre cas.

Une de ces malades est décédée en fin d'intervention dans des conditions qui ont été indiquées précédemment (Observ. n° 81, voir page 58).

OBSERVATION N° 80

S. T..., 24 ans, primipare.

F.V.V. datant de 3 ans, par ischémie. Vagin très atrésié. T.V. à un seul doigt, douloureux. Sclérose vaginale. Le col utérin n'est pas senti.

Fistule à bords scléreux admettant presque deux doigts. Exstrophie vésicale. Destruction partielle de l'urètre.

B.W. +++ ; urée : 0,30 ; pas d'anémie ; 72 mononucléaires, colibacillurie. Préparation habituelle.

Le 12 novembre 1953. Intervention (Dr Barroux) : Voie suspubienne. Décollement vésico-pubien. Libération de la lèvre postérieure de la fistule qui « tient » par les deux uretères dont les méats sont très proches du bord de la fistule.

Extra-péritonisation de la face supérieure de la vessie. Cystostomie à ce niveau. Décollement latéral extra péritonéal avec section des ligaments ronds. Recherche des deux uretères qui sont sectionnés très bas. Implantation urétéro-vésicale bilatérale en zone saine sur sondes urétérales. Suture de la brèche de la F.V.V. en trois plans au lin. Strepto-pénicilline dans l'espace rétropubien. Drain rétropubien sortant par le vagin.

Pas de pertes d'urines par le vagin dans les suites opératoires.

Sort le 15 décembre 1953.

Revient le 15 février 1954 pour néo-urètre.

Le 22 février 1954. Intervention (Dr Barroux) : La vessie après cicatrisation de la suture de la fistule est si petite, à peine plus grosse que le chapeau de la sonde de Pezzer qu'une iléo-cysto-plastie d'agrandissement est jugée indispensable.

Isolement d'une anse iléale, rétablissement de la continuité. Cette anse est extra-péritonisée, descendue au-dessus de la vessie. La partie médiane est anastomosée par deux plans de surjet (catgut et lin) à la vessie largement ouverte.

Néo-urètre par greffon cutané à l'ordinaire.

Lâchage partiel de la suture avec fistule sus-pubienne, la sonde à demeure n'obtient pas la fermeture vésicale.

Le 7 avril : Fermeture chirurgicale, la fistule est située à la jonction du tissu vésical et du tissu iléal. Fermeture par deux surjets (catgut et fil d'acier). Nouveau lâchage ; une nouvelle fermeture chirurgicale doit être faite début juin. Le néo-urètre est bien perméable.

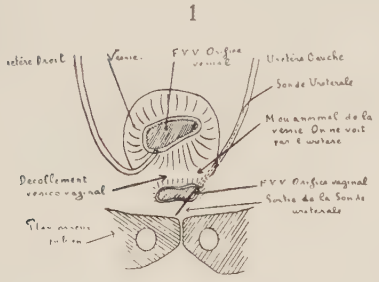
OBSERVATION N° 86

S. S..., 20 ans.

F.V.V. datant de 3 ans, après un accouchement qui a duré huit jours. Large fistule des dimensions d'une pièce de 5 francs, autorisant un toucher vésical à trois doigts. Vessie prolabée dans le vagin. Urètre cathétérisable sur presque 3 cm.

Mononucléose à 60 %. Colibacillurie, examens normaux par ailleurs. U.I.V. normale des deux côtés.

Après préparation, intervention le 22 décembre 1953 (Dr Barroux) : Voie rétropubienne. Les bords de la F.V.V. sont si souples que l'ouverture de la fistule ne se fait pas au simple décollement comme d'ordinaire. Il est nécessaire d'inciser pour séparer la vessie du vagin. Libération vésicale sur les côtés et au niveau du bord postérieur de la fistule à l'ordinaire. L'uretère droit est vu ; son orifice est sur le bord de la fistule ; il est cathétérisé. L'uretère gauche n'est pas vu : la vessie à cet endroit a un mou anormal. Découverte de cet uretère par voie extra-péritonéale dans la région lombo-pelvienne. Incision de l'uretère, cathétérisme descendant qui



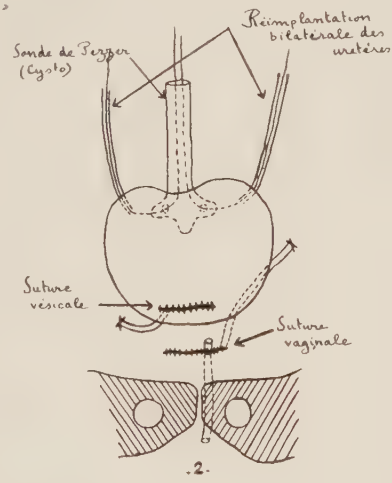


Fig. 33

En 1 : fistule urétérale gauche s'ouvrant dans le vagin.

En 2 : double réimplantation des uretères avec cystostomie et suture de la fistule.

montre que cet uretère débouche dans le vagin (fig. 33). Section et réimplantation de cet uretère dans la vessie. La réimplantation est faite de l'autre côté également, pour éviter la traction urétérale. Cystostomie au niveau de la calotte. Fermeture de la fistule en trois plans. Suture incomplète du vagin en laissant un drain sortir dans le vagin. L'urètre qui est presque entier et paraît pouvoir être utilisé secondairement est fixé contre la vessie.

Bonnes suites opératoires. La malade ne perd plus par le vagin.

Le 25 février 1954 (Dr Barroux) : Trocardisation de l'ancien urètre. Comme cette trocardisation paraît traverser plus d'un centimètre du tissu scléreux, on met néanmoins en place un greffon cutané. Fermeture primitive de la vessie.

La sphinctérisation obtenue est pour le moment imparfaite.

OBSERVATION N° 90

R. S.., 21 ans.

Fistule obstétricale datant de 5 ans. Vagin très atrésié. Col utérin disparu. F.V.V. rétropubienne admettant deux doigts, à bords scléreux. Urètre cathétérisable sur 1 cm. seulement. Bons examens. U I.V. normale.

Le 9 novembre 1953, intervention (Dr Barroux) : Voie rétropubienne Très grosse F.V.V. Clivage vésico-pubien puis vésico-vagino-utérin. Les deux uretères sont sur les bords de la fistule, tirent sur les commissures et rendront la suture difficile.

1° Dépéritonisation de la face supérieure de la vessie pour y placer une cystostomie très haute.

2° De chaque côté, par voie extra-péritonéale, après section des ligaments ronds, découverte des uretères qui sont sectionnés le plus bas possible et réimplantés en zone saine. Sondes urétérales sortant par la sonde de Pezzer.

3° La F.V.V. est très grande, réalisant une véritable mise à plat complète de la vessie. Suture en trois plans. Surjet, catgut sur la muqueuse ; enfouissement sous deux surjets de fil de lin.

Fermeture pariétale. Drain rétropubien vaginal.

Le 29 décembre 1953 : Guérison de la fistule. A l'U.I.V., bon fonctionnement des uretères.

Vagin très petit, scléreux ; pas de tissu mou rétropubien.

Le 15 février 1954 (Dr Barroux) : Néo-urètre par tunnellisation en partant de la petite lèvre avec greffon cutané. Fermeture primitive de la cysto.

Le 15 mars 1954 : Lâchage de la suture de la cysto. Sonde à demeure par fermeture vésicale.

Le 4 juin 1954 : Cathétérisme urétral assez facile, mais fonction médiocre.

CHAPITRE X

LES NÉO-URÈTRES

Dans les fistules avec destruction urétrale, fermer la vessie n'est certes pas chose aisée. Nous avons vu les mauvais résultats obtenus par fermeture par voie vaginale seule (MARION).

D'autre part, il faut dire que les voies rétropubiennes, suture ou retournement, ont les mêmes indications et se complètent, de sorte que, telle fistule pour laquelle un Sabadini aura échoué, pourra être guérie par un retournement ou vice-versa. Enfin, la réfection vésicale, en réimplantant les uretères et en pratiquant une cystostomie, permet une suture en plusieurs plans avec de larges adossements. Cette dernière technique paraît assurer davantage la guérison.

En tenant compte de ces recoupements, sur 55 malades pour lesquelles on a fait une fermeture vésicale complète : 35 ont guéri, soit 64 % de succès :

— 1 par MARION,
— 15 par SABADINI,
— 16 par retournement,
— 3 par réfection vésicale.

20 n'ont pas été guéries, soit 36 % d'échecs.

Mais toute réparation anatomique avec fermeture de la vessie implique dans un deuxième temps la réfection d'un urètre.

Son résultat n'est pas toujours facile à apprécier. Les suites opératoires sont longues d'abord avant que ne soit obtenue la cicatrisation ou une éventuelle épidermisation du trajet, ensuite pour que l'orifice de cystostomie soit fermé. La fermeture spontanée par simple mise en place d'une sonde à demeure n'est pas toujours facile et rapide. On a volontiers tendance à attendre dans l'espoir de la cicatrisation spontanée. Quand il faut se rendre à l'évidence d'une fistule hypogastrique organisée, il faut alors fermer chirurgicalement la vessie. Malgré une libération large du muscle vésical, l'excision des bords, la suture de l'orifice et son enfouissement, on peut avoir encore un lâchage et il faut attendre encore. Ces sondes urétrales trop longtemps à demeure ne sont pas pour améliorer le néo-urètre ; elles sont incontestablement un facteur d'infection et de sclérose.

Il faut surtout ensuite apprécier le résultat fonctionnel obtenu. Le résultat « idéal », c'est un trajet urétral non scléreux sans rétrécissement, facilement cathétérisable, rejoignant une vessie continente quel que soit le mécanisme de la néo-sphinctérisation. La malade bien guérie doit ne perdre ses urines en aucun cas, ni debout, ni couchée, ni aux changements de position, ni par regorgement. Elle doit sentir le « besoin », lors de réplétion vésicale. Elle doit uriner à volonté, sans période de latence et même s'arrêter en cours de miction. Cette miction ne doit pas être une évacuation pénible goutte à goutte demandant 5 minutes ou davantage, véritable épreuve de force, mais un écoulement se rapprochant d'un véritable jet. Il ne doit y avoir aucun trouble fonctionnel : dysurie, pollakyurie et pas de résidu vésical. Enfin, aucune de ces séances répétées de dilatation ne devrait être nécessaire dans l'avenir, la malade, surtout l'Africaine de brousse, ne pouvant pas compter avoir sur place les soins médicaux spécialisés nécessaires.

Enfin, pour juger des résultats complets, il faudrait revoir les malades plusieurs mois ou plusieurs années après l'intervention, et ceci est particulièrement difficile ici.

Ce que nous appelons donc guérison, ne sera pas ce néo-urètre « idéal », assez rarement obtenu, mais un canal sans incontinence, ni tendance au rétrécissement, n'ayant pas nécessité de dilatations tardives, permettant des mictions correctes et « *donnant satisfaction à la malade* ».

Les cas où par suite de la tendance au rétrécissement, des dilatations ont été nécessaires, et où s'est produit de temps à autre une rétention vésicale, ceux où persistent quelques petites pertes d'urines, ceux où la miction est par trop pénible, constituent les résultats « incertains ». Les échecs sont les incontinences et les cas où le néo-urètre atrésié et complètement disparu a entraîné la réouverture de la cystostomie ou le lâchage de la suture vésicale, et à nécessité une nouvelle intervention : réparation vésicale itérative, nouveau néo-urètre ou Coffey.

Sur 33 néo-urètres réalisés chez 26 malades, nos résultats sont les suivants :

— 8 malades guéries,

— 8 échecs,

— 10 malades pour lesquelles le résultat fonctionnel est insuffisant.

Depuis plusieurs mois, nous utilisons pour son action anti-sclérose tissulaire et anti-infectieuse la haute fréquence.

Nous faisons actuellement à nos malades deux séances quotidiennes de trois minutes par électrodes diathermiques intra-urétrales, et ceci le plus précocement possible avant même la fermeture de la cystostomie.

La diathermie remplace avec avantage les dilatations simples.

*
* *

Nombreuses sont les techniques de néo-urètre. Dans l'ensemble elles s'inspirent de deux méthodes différentes :

— Les premières réalisent des « Duplay Féminin » : reconstitution plastique de l'urètre par lambeau vaginal. COUVELAIRE, critiquant les « Duplay » en un seul temps, préconise de faire le néo-urètre en même temps que la fermeture vésicale et « d'amener en cul-de-sac le bout profond de ce néo-urètre au contact de la vessie ». Ce n'est que plus tard que l'on ira « trocarder une seule épaisseur, celle du muscle vésical ». (1)

Cette technique paraît bonne mais à condition que la muqueuse vaginale ne soit pas « épaisse, fragile, friable et adhérente à l'ogive pubienne » (21). Or, ceci est le cas de la majorité de nos malades chez lesquelles, même après fermeture de la brèche vésico-vaginale et une attente de 1-3 mois, le vagin ne récupère pas son entière souplesse. Ses parois antérieure et postérieure restent infiltrées par la sclérose. Comment réaliser une urétroplastie et à plus forte raison la faire en même temps que la fermeture de la vessie ?

Aussi sommes-nous bien de l'avis de DUCASSOU quand il écrit : « Nous avons vainement cherché l'indication d'une plastie de l'urètre féminin du type Duplay recommandée et réalisée avec succès par R .COUVELAIRE. La muqueuse vaginale antérieure est si fragile, adhère si étroitement au pubis que toute

---

(1) **Technique de Couvelaire :** Double incision longitudinale sur la paroi antérieure du vagin dont les bords sont décollés, rabattus et suturés sur un petit drain. Ce néo-urètre est recouvert par la muqueuse vaginale suturée par dessus lui.

Pour que l'extrémité profonde du néo-urètre reste bien le plus près possible au contact de la vessie suturée, Couvelaire conseille de faire sortir l'extrémité profonde du drain par la voie rétropubienne et de lier temporairement les deux bouts du drain de caoutchouc par devant le pubis, le temps nécessaire à la cicatrisation. Puis ce drain est retiré.

Secondairement (3 semaines après) : trocardisation entre le néo-urètre et la vessie.

C'est pour cette technique que nous ne trouvons pas d'ordinaire l'étoffe nécessaire.

tentative de clivage pour constituer un lambeau bien étoffé est impossible ». (21)

Dès lors, il ne reste plus qu'une méthode : la tunnellisation que l'on doit à Marion.

⁂

L'OPERATION DE MARION (2e temps)

Cette intervention après fermeture de la fistule par voie basse vaginale, vise dans un deuxième temps à créer un néo-urètre par tunnellisation des tissus sous-pubiens au moyen d'un trocart courbe. Ce canal est épidermisé par l'intermédiaire d'une greffe tubulaire prélevée sur le vagin.

Les mêmes raisons qui empêchent, semble-t-il, de faire une réparation plastique type Duplay-Couvelaire, rendent difficile ou impossible le prélèvement d'un lambeau de muqueuse vaginale destiné à constituer le greffon tubulé. D'ailleurs, Borjas avait à Barcelone en 1932, fait les mêmes constatations et présenté à Marion une malade pour laquelle la tunnellisation seule sans mise en place de greffe, avec simple sonde à demeure avait été utilisée. C'est ce qui fut réalisé à l'Hôpital Central Africain chez 3 malades.

D'autres tentatives de tunnellisation simple furent faites ; elles se heurtent toutes à la même difficulté, l'insuffisance, sinon l'absence de tout tissu mou rétropubien, ce qui rend la manœuvre souvent impossible. Parfois la tunnellisation peut être commencée, mais le décollement des tissus sous-pubiens se fait mal et en un point quelconque du trajet l'instrument tunnellisant, quel qu'il soit, risque d'ouvrir la paroi vaginale. Il n'est pas utile alors de poursuivre plus loin et il faut utiliser une autre technique. Parfois encore, la tunnellisation semble correcte sous des tissus vaginaux suffisants, l'évolution se fait pourtant sous l'influence de la seule sonde à demeure vers une escarre vagi-

nale qui va « court-circuiter » ce néo-urètre, et être une fréquente raison d'échec. C'est ce qui explique que certains de nos opérateurs aient cherché chez 8 autres malades à pratiquer une « tunnellisation trans-symphysaire ».

Au total, pour ces 11 malades les résultats ont été les suivants :

— 2 guérisons (tunnellisation trans-symphysaire),

— 6 résultats incertains.

— 3 échecs (tunnellisation trans-symphysaire).

Il est certain que si l'opération de MARION est excellente dans son principe, pratiquement elle est difficile à réaliser. Pratiqués en tissus fibreux, ces néo-urètres sont très fréquemment à l'origine de rétrécissement, de rétention et nécessitent de constantes dilatations. Peut-être le greffon tubulé de muqueuse vaginale transforme-t-il ces résultats, quand on a la possibilité d'en prélever un. Si chez certaines malades l'opération de MARION a donné de beaux succès, dans la majorité des cas les résultats sont incertains, comme en font état les publications isolées (P. BOISBEUNET, A. BORJAS, E. CARADJOD et BEYLOT).

Aussi, cette technique a-t-elle été abandonnée car, comme l'écrit COUVELAIRE, « elle se paie de rétention vésicale chronique, de pyurie, de calculs secondaires, de dilatations indispensables et répétées du trajet » (18).

LE SABADINI

Mais alors que faire ? SABADINI (31) en 1951, en même temps qu'il proposait une technique de fermeture de la vessie, indiquait un procédé de réfection de l'urètre (le même qu'il utilise pour les urètres masculins). La technique en est la suivante :

— Incision sus-méatique, sous-pubienne, puis avec une pince guidée par le doigt vaginal, « on chemine dans le tissu cellulaire

inter-pubo-vaginal, à la rencontre de la vessie, sans la perforer ».

— Dégagement de l'orifice de cystostomie et exposition de la vessie. L'aide poussant alors la pince vagino-périnéale soulève la muqueuse vésicale que l'on résèque « à ciel ouvert avec la pointe fine d'un bistouri électrique ». La pince pénètre alors dans la vessie à travers le « néo-col-vésical » dont on électrocoagule les bords.

— Mise en place dans le futur urètre d'un tube sortant par la cystostomie.

Les soins post-opératoires, outre la désinfection vaginale et le drainage vésical (une sonde de Pezzer sort par la cystostomie en même temps que le tube tuteur) comportent essentiellement chaque jour l'extériorisation de la partie intra-urétrale du tube tuteur sans l'extraire. Ainsi pendant 40 à 60 jours, la partie intra-urétrale sera « extériorisée, nettoyée à l'éther, enduite d'huile goménolée », et réintroduite dans le but d'obtenir la « néo-épidermisation » du canal.

Si la région pubienne manque d'étoffe, ce qui est le cas le plus fréquent comme nous avons vu, on « gagne la vessie obliquement en pénétrant par les petites lèvres », après incision latérale et au besoin *résection du bord inférieur de l'extrémité pubienne* de la branche ischio-pubienne. Cette « encoche » « permet de pénétrer dans un tissu rétropubien mieux étoffé et à distance de la paroi vaginale antérieure si mince et collée au pubis ».

A l'Hôpital Central Africain, dans trois cas on utilisa la technique de SABADINI sans résection osseuse. Les résultats furent les suivants :

— 2 résultats incertains,

— 1 échec.

Il est incontestable qu'en latéralisant le néo-urètre, on chemine dans des tissus plus épais et moins scléreux. Mais cette

méthode présente un gros inconvénient : celui de 40 à 60 jours de traitement en vue d'obtenir une épidermisation bien problématique. En outre, ces néo-urètres, comme on a pu le constater ne sont pas exempts de rétrécissement avec tous les inconvénients qu'il entraîne.

⁂

NEO-URETRE AVEC GREFFON CUTANE

MARION, dans sa technique de néo-urètre après avoir foré le trajet sus-pubien, y plaçait une greffe vaginale. La mise en place de cette greffe a par la suite été délaissée vraisemblablement à cause de la mauvaise qualité de la muqueuse vaginale, de son état cicatriciel ou de l'atrésie du vagin.

A l'Hôpital Central Africain, en vue d'obtenir l'épidermisation du trajet, comme on l'obtient sur toute partie cruentée ou granuleuse (brûlures, ulcères, plaies de guerre), on a pensé à utiliser la greffe libre cutanée. La proportion de succès obtenus par cette greffe dans ses différentes applications, lorsque la technique est correcte, est très élevée et encourageante (90 % au moins pour LAGROT). Il y avait peut-être là le moyen d'obtenir un bon urètre par épidermisation rapide du trajet de tunnellisation. On sait combien rapidement se fait la prise des greffons cutanés libres.

Dans quatre cas, après avoir tunnellisé un néo-urètre selon la technique de SABADINI, on a complété l'intervention par la mise en place d'une greffe de peau prélevée au niveau de la cuisse de la malade avec le rasoir de LAGROT. Il faut, de préférence prélever un seul lambeau, sans recoupe, d'environ 10 cm. × 12 cm. et de 6 à 7/10 de millimètre. Ce lambeau épidermique est enroulé soigneusement sur un tube tuteur. Il y est fixé à sa partie inférieure par plusieurs tours de fil de lin.

Fig. 34. — Technique de néo-urètre avec greffon cutané. Le greffon est enroulé sur le tube tuteur. La face de section est superficielle. Le greffon est fixé par un fil de lin avant d'être amené dans le trajet de tunnellisation.

Grâce à l'élasticité du tube de caoutchouc, la prise du greffon est solide. D'ailleurs, on peut garder longs les bouts du fil de lin et les faire passer par l'urètre, ce qui permettra lors de la traction du tube tuteur, de tirer légèrement sur le fil, facilitant ainsi la mise en place de la greffe. Il est à noter que la fixation sur tube de matière plastique est moins bonne en l'absence d'élasticité. Une pince placée dans le nouvel urètre saisit dans la vessie l'extrémité du tube que l'on tire jusqu'à l'orifice vulvaire. Ainsi on amène avec le tube le greffon cutané. Le tube est enfin immobilisé très rigoureusement, l'immobilité du greffon étant une condition indispensable de sa prise. Pour immobiliser, on croise devant le pubis les deux bouts du tube tuteur. Tous deux sont fixés à la peau de la région pubienne par trois ou quatre crins passés à l'aiguille jusqu'à très bonne immobilisation.

Une sonde de Pezzer complémentaire est placée dans l'orifice de cystostomie pour le drainage.

Le tube est laissé en place avec le greffon durant 10 jours, au bout desquels il est enlevé. Le squelette du greffon constitué par les couches superficielles kératinisées, est enlevé en général avec le tube tuteur. Il suffit que ses cellules épidermiques profondes soient fixées et aient fait souche.

Les manipulations de modelage du tube à la manière de Sabadini ont été alors reprises pendant encore 10 jours. Au 20e jour, le tube tuteur est retiré.

Cette technique réduisait de moitié la durée de « modelage ». Elle a été réalisée chez quatre malades pour lesquelles on obtint :

— 3 guérisons.
— 1 résultat incertain.

Pour deux d'entre elles, la résection partielle de la branche ischio-pubienne avait été pratiquée. Par la suite d'ailleurs, on a toujours évité de faire cette résection osseuse. Il est illogique de placer un greffon cutané dans une « cavité osseuse » et dans un hématome où elle « nage ». Mieux vaut chercher, en latéralisant et en déplaçant en arrière le néo-méat autant qu'il est nécessaire, à avoir un trajet de tunnellisation souple en tissus sains, où le greffon cutané trouvera aisément « le lit » bien vascularisé pour une bonne prise.

Dans l'observation suivante de résection osseuse, on s'est contenté du greffon cutané seul pour éviter les manipulations du tube tuteur. Au 14e jour, celui-ci a été retiré définitivement pour faire place à la sonde à demeure.

OBSERVATION N° 7

F. M...

F.V.V. avec destruction de l'urètre ayant été traitée par voie rétro-pubienne deux fois avec échec par lâchage des sutures, une fois par un retournement vésical le 11 décembre 1952 avec guérison.

Le 13 avril 1953 : Néo-urètre (Dr Barroux). Incision de 5 cm. au niveau de la petite lèvre droite jusqu'au contact de la **branche ischio-pubienne que l'on résèque en partie à la pince gouge pour créer une encoche inféro-interne.** Dissection au doigt des tissus mous jusqu'à la vessie et perforation vésicale sous le contrôle d'un doigt intra-vésical. Passage du tube **tuteur recouvert de son greffon cutané.** Fixation du tube à la peau du pubis.

Le 27 avril 1953, ablation du tube tuteur. Le greffon paraît tenir sur presque toute la longueur du néo-urètre. Une sonde de Nélaton est mise en place. L'orifice de cystostomie est mis à la fermeture.

Le 15 juillet 1953, la cystostomie n'est pas fermée. Fermeture chirurgicale.

Le 30 août 1953 : néo-urètre continent. La malade urine volontairement. La miction est continue, mais sans jet.

Sort le 5 septembre 1953. Guérison.

Dans un autre cas où d'ailleurs on avait l'avantage de la conservation d'une partie de l'ancien urètre qui a pu être utilisé, et où la tunnellisation urétro-vésicale restant à faire n'était que de 2 cm., l'abandon des manœuvres de modelage a été complété par l'abandon du tube tuteur lui-même, ce qui a permis après mise en place du greffon cutané enroulé sur une sonde et immobilisé, de fermer primitivement la vessie :

OBSERVATION N° 52

D. N.... 23 ans.

Entrée le 13 décembre 1952.

Fistule avec destruction partielle de l'urètre, datant de 5 mois.

Le 22 décembre 1952 : Voie rétropubienne (Dr Barroux). Large fistule qui admet la pénétration de deux doigts dans la vessie. Elle intéresse la partie antérieure de la cloison vésico-vaginale et est fixée en avant de la face postérieure du pubis. Le dédoublement vésico-vaginal est commencé par voie vaginale, surtout en arrière, car en avant, même en Trendélembourg maximum, le pubis gêne la vue et les instruments.

Par voie rétropubienne : clivage. Le décollement est poussé très loin en arrière sur la ligne médiane, car **dans les zones para-médianes les uretères se tendent et empêchent d'extérioriser complètement la fistule.** De plus, **le repérage au bleu de méthylène des méats urétéraux montre qu'ils sont**

situés exactement sur les bords de la fistule. Suture vésicale en deux plans : catgut sur la muqueuse, enfouissement au nylon. Cystostomie haute sur la vessie, basse sur l'abdomen. Aucune suture vaginale.

Le 12 janvier 1953. La fistule étant guérie, on essaie de créer un néo-urètre selon la technique de Sabadini. Malheureusement le vagin est ouvert par la pince qui fait la tunnellisation. La création de ce néo-urètre est remise à trois mois.

Le 24 avril 1953 : Création d'un néo-urètre avec greffon cutané. Il existe un assez bon moignon urétral en cul-de-sac. Son cathétérisme permet d'arriver à peu de distance de la vessie (2 cm.). Un **néo-urètre** est **tunnellisé en utilisant l'ancien sur toute sa longueur. Une sonde de Pezzer recouverte d'un greffon cutané** pour la partie du néo-urètre à faire, est mise en place dans la vessie et l'urètre restant.

Fermeture primitive de la cystostomie.

Sort le 19 juin 1953 L'urètre admet une bougie n° 7. La malade urine d'une façon continue, mais sans jet. La miction dure environ trois minutes.

La malade est réhospitalisée le 25 août 1953 jusqu'au 12 décembre 1953 pour réouverture de la cystostomie. Mise à la fermeture par sonde à demeure. Cette fermeture a été difficile à obtenir. La fermeture chirurgicale n'a pas été faite, car deux fois consécutivement, la cystostomie a paru bien fermée et s'est réouverte. Sortie le 12 décembre 1953. La malade a des urines claires. Le néo-urètre est assez facilement cathétérisable avec le cathéter métallique et la bougie n° 5.

La malade dit qu'elle ne perd pas en position debout, mais perd un peu en position couchée. Elle vide sa vessie sans jet continu, mais par saccades. Le cathétérisme sent de petites rugosités faisant penser à des précipitations calcaires.

Le 12 février 1954, la malade revient pour incontinence. La cystostomie est fermée. A l'examen on ne trouve pas de pertuis vésical.

Le 15 mars 1954 : examen sous-anesthésie. Le vagin ne présente aucun orifice. L'urètre est cathétérisé sur 4 cm. après lesquels tout cathétérisme est impossible. On effondre ce fond d'urètre aux ciseaux sur 2 cm. jusqu'à pénétrer dans la vessie qui est de bonne capacité. La bougie diathermique urétrale passe facilement. Une série d'applications diathermiques est entreprise.

Le 30 avril 1954, la malade paraît continente et déclare ne perdre que la nuit et peu. La cystostomie est fermée. L'urètre est souple et facilement cathétérisable.

Sort le 8 mai 1954 perdant encore un peu la nuit. Bonne amélioration par la diathermie.

Cette technique de SABADINI modifiée semblait présenter l'avantage d'une durée d'hospitalisation moins longue, le tube pouvant être enlevé au bout de 10 à 15 jours.

De plus, la sclérose péri-urétrale a semblé moins forte, ceci pouvant être dû à l'épidermisation précoce due au greffon ou à la diminution ou l'absence des manœuvres de modelage.

Fig. n^{os} 35, 36, 37. — Résultat d'un néo-urètre avec greffon cutané. Un cathéter métallique s'apprête à pénétrer dans le néo-méat situé au niveau de la petite lèvre droite.

En effet, espérer une épidermisation due au seul « modelage » paraît aussi vain que d'espérer l'épidermisation spontanée des grandes surfaces brûlées. Il n'est pas de génération spontanée de l'ectoderme. En son absence, toute cicatrice est conjonctive et scléreuse. Cependant, même le greffon cutané ne paraît pas prendre toujours sur toute la longueur et le cathétérisme montre des zones de rétrécissement.

⁂

NEO-URETRE AVEC GREFFON VEINEUX

On a donc été amené à chercher un matériel de greffe plus épais, plus élastique. Le choix se porta sur le greffon veineux, la veine Saphène interne semblant devoir constituer un bon matériel.

Pour 8 malades on utilisa la technique suivante :

— prélèvement de la saphène interne sur une longueur de 7 à 10 cm. ;

— tunnellisation qui dans 6 cas fut rétropubienne et dans 2 cas latérale ;

— Introduction dans le trajet du greffon veineux monté sur un tube de polythène ;

— fixation du greffon à ses 2 extrémités par 4 points au catgut ou au spéchilon.

Contrairement à ce qu'on en espérait, cette méthode fut un échec. Sur 8 cas, on relève seulement 1 guérison. Il semble que le tissu veineux soit trop élastique, se vascularisant mal. En outre, la veine saphène interne constituerait un canal trop étroit et le tube de polythène, trop petit, dérive mal les urines. Enfin, disposant d'un conduit de petit calibre, peut-être a-t-on eu tort de s'autoriser à passer dans les tissus sous et rétropubiens particulièrement scléreux.

Dans 7 cas, le résultat fut mauvais. Le greffon fut plus ou moins éliminé après ablation de la sonde ou dans les jours qui suivirent. Après une période de rétention, 5 malades perdirent en outre leurs urines par en haut (lâchage de la cystostomie) ou par en bas (lâchage tardif de la suture ou constitution d'un petit pertuis rétropubien dans les retournements).

OBSERVATION N° 91

M. N..., 22 ans.

Entrée le 10 février 1953. Fistule avec destruction urétrale due à un accouchement laborieux, datant de 4 mois.

Le 23 mars 1953 : Fermeture de la vessie par retournement vésical (Dr Barroux). Guérison.

Le 6 juillet 1953 : Création d'un néo-urètre avec greffon veineux (Dr Barroux). **Prélèvement de la saphène interne. Tunnellisation rétropubienne** au bistouri jusqu'à la vessie avec incision de la muqueuse. **Introduction dans le trajet du greffon veineux** monté sur un tube de polythène. **Fixation** des deux extrémités : en bas à la muqueuse vaginale, en haut à la muqueuse vésicale. **Fermeture primitive de la cystostomie.**

Le 3 août 1953 : Cystostomie cicatrisée. Ablation de la sonde urétrale. Cathétérisme du néo-urètre sans diffjculté à la bougie n° 4. Par la suite, la malade fait des périodes de rétention, puis on constate la perte d'urines par le vagin.

Le 3 septembre 1953 : A l'examen : **On ne trouve aucune trace du néo-urètre** qui est parfaitement incathétérisable et a complètement disparu. Il existe de nouveau une F.V.V. par pertuis rétropubien. Reprise de retournement. Guérison.

En conclusion le gros inconvénient de tous ces néo-urètres selon la technique de SABADINI ou en dérivant, est la réaction fibreuse environnante. Il en résulte parfois une atrésie et une disparition du néo-urètre. Ou du moins, souvent, un rétrécissement oblige à des dilatations. Cependant, il semble que la mise en place d'une greffe cutanée puisse favoriser l'épidermisation et éviter en partie le rétrécissement.

NEO-URETRE AVEC GREFFON ARTERIEL

Poussés par le souci de trouver un greffon meilleur assurant une bonne fonction, nous avons essayé dernièrement chez une de nos malades de mettre dans le trajet un greffon artériel (carotide prélevée sur un cadavre et conservée à pH 5,6 dans le formol selon la technique de VAN WEEL). Le résultat rapide et excellent que l'on a obtenu, nous permet d'espérer pouvoir disposer là d'un bon matériel de greffe.

OBSERVATION N° 88

P. S..., 17 ans.

Entrée le 9 décembre 1953. Fistule avec destruction urétrale due à un accouchement laborieux, datant de 3 mois.

Le 24 décembre 1953, fermeture de la vessie par opération de Sabadini. Guérison. **Le 12 avril 1954, création d'un néo-urètre avec greffon artériel** (Carotide prélevée en janvier 1954). Libération large de l'orifice de cystostomie. **Tunnellisation** en partant de la petite lèvre droite jusqu'à la vessie, en tissus paraissant de bonne qualité. **Mise en place** dans cette tunnellisation d'un **greffon artériel monté sur sonde de Couvelaire. Fixation** du greffon à la vulve par une couronne de points de fil de lin. **Fermeture primitive de la cystostomie.**

Le 4 mai 1954, le trajet du néo-urètre paraît épidermisé dans sa région pré-méatique. Le cathétérisme en est très facile, et le trajet entier paraît souple et non scléreux. La malade serait continente. Les bougies diathermiques passent facilement.

Le 13 mai 1954, après vingt séances de diathermie : résultat satisfaisant. La malade est continente et a des mictions volontaires.

*
**

LES TROCARDISATIONS

Selon COUVELAIRE : « Un urètre inextensible et non tapissé de muqueuse représente un vecteur plus nuisible qu'utile ». Il ajoute : « C'est par néo-sphinctérisation trigonale et non par

pertuis fibreux urétral qu'il faut obtenir la continence après réparation des vastes brèches cervico-vésico-vaginales » (13). Selon lui, la trocardisation simple de la cloison vésico-vaginale permet d'obtenir un orifice qui par suite du processus de la néo-sphinctérisation, ferait office de néo-col-vésical. La malade urinerait dans son vagin sans urètre.

Six fois nous avons « trocardé » la cloison vésico-vaginale et placé une sonde de Malécot avec ou sans fermeture primitive de la vessie, espérant que ce trou créerait une continence satisfaisante. Les résultats ont été les suivants :

— 1 guérison,

— 4 échecs (3 cas de retournement vésical),

— 1 résultat incertain.

Si la tunnellisation sous-pubienne n'est pas recommandée parce que faite en tissu scléreux, on peut en dire de même de la trocardisation de la cloison qui, dans nos cas, est si souvent atteinte par la sclérose. En outre, du fait peut-être du mauvais fonctionnement de ces orifices et de l'infection urinaire qui s'en suit, la plupart de nos malades ont présenté des vaginites intenses avec aggravation de l'atrésie vaginale.

Nous sommes de l'avis de Couvelaire quand il écrit que dans les fistules urétro-cervico-vaginales, il faut « compléter la fistule par section franche de tout l'urètre, fermer hermétiquement le réservoir sans drainage hypogastrique et secondairement « trocarder » la paroi vésicale à travers l'ancien urètre ». C'est ce que nous avons fait chez une de nos malades.

Mais dans le cas où il n'y a plus d'urètre, la trocardisation d'une paroi vésico-vaginale toujours envahie par la sclérose cicatricielle est souvent vouée à l'échec.

⁂

CONCLUSIONS

On voit combien se minimisent les pourcentages de guérison dans cette tactique opératoire en deux temps dont *chaque étape est grevée d'un nombre important d'échecs.* C'est une véritable cascade de mauvais résultats.

Au départ : 55 malades opérées pour fermeture vésicale.

Première étape : 35 guéries.

2 guéries par persistance d'un pertuis sphinctérisé.

4 néo-urètres restant à faire.

3 néo-urètres en cours.

Deuxième étape : 26 malades ayant subi un néo-urètre :

Résultats :

8 guérisons fonctionnellement bonnes.

10 résultats fonctionnels insuffisants.

8 échecs.

En dernière analyse, c'est donc cette étape néo-urétrale qui constitue la vraie difficulté du traitement réparateur.

Ducassou dans un récent mémoire reconnaît « l'inconvénient des dilatations fréquentes et répétées » et parle « des difficultés, des longueurs, des déboires suivis de patientes reprises de ce procédé » (21). La trocardisation simple n'a pas apporté une solution meilleure.

« L'idéal, dit encore Ducassou, serait de pouvoir disposer pour le néo-urètre d'un tissu de plastie neuf, souple, vierge de sclérose, bien vascularisé », et il conclut : « La méthode idéale de réparation de ces brèches vésico-vaginales reste encore à trouver ».

CHAPITRE XI

LES FISTULES RECTO-VAGINALES ASSOCIÉES AUX FISTULES VÉSICO-VAGINALES

L'association à la fistule vésico-vaginale d'une fistule recto-vaginale (F.R.V.V.) est chose assez fréquente en A.O.F. Celle-ci peut faire suite à une compression ischémique ou à un éclatement du périnée. Elle ajoute ainsi à l'infirmité que constitue l'incontinence des urines, celle de la perte des matières par le vagin et lorsque les deux fistules sont larges, on a affaire à un véritable cloaque vésico-vagino-rectal.

Au cours de ces deux années, nous avons observé 12 cas de fistules associées.

Certains auteurs, devant l'importance des lésions que l'on rencontre dans ces cas, ont pensé qu'il était inutile de tenter une réparation anatomique et ont cherché un palliatif. C'est ainsi que VERGOZ et BRINCAT rapportent deux observations de fistules coexistantes recto et vésico-vaginales avec destruction plus ou moins étendue de la paroi urétrale. Ils proposent après avoir *créé un anus iliaque gauche définitif*, de suturer la vulve et le vagin et d'effondrer la paroi recto-vaginale pour faciliter la communication recto-vaginale. Le sphincter anal fait alors office de sphincter vésical.

Nous estimons qu'il s'agit là d'une thérapeutique invraisemblablement mutilante et dangereuse. Se proposant de supprimer

une infirmité, elle en crée une autre en imposant à la malade un anus iliaque définitif. De plus, en voulant utiliser comme réservoir urinaire ce vaste cloaque vésico-vagino-rectal, elle expose la malade à l'infection urinaire ascendante.

Le problème thérapeutique posé par les F.R.V.V. doit être envisagé séparément pour la F.V.V. et la F.R.V. Il s'agit de deux lésions différentes qui doivent être traitées chacune pour elle-même. En effet, si la F.V.V. peut parfois être jugée incurable par simple suture, nous pensons que toute F.R.V. impose une réparation anatomique et peut le plus souvent être guérie par cure directe.

Sur 12 F.R.V. associées à une F.V.V. nous avons obtenu, après une ou plusieurs interventions :

— 9 guérisons.

— 1 résultat inconnu.

— 2 échecs : l'un a été traité par implantation urétérale dans un segment de sigmoïde isolé, l'autre doit être repris.

La question se pose de savoir sur quelle lésion doit se faire le premier essai de réparation. Il est assez classique de traiter la F.R.V. en premier, la cure de cette dernière étant plus aisée et fermant la fistule la plus septique. C'est ce qui fut fait chez sept de ces malades. Cette ligne de conduite a évidemment l'inconvénient de laisser couler les urines sur la plaie rectale mais on a cherché à éviter cet inconvénient par la mise en place dans la vessie d'une sonde de Pezzer et quelquefois la position ventrale. On peut, au contraire, traiter la F.V.V. en premier. Ceci présenterait l'avantage de supprimer l'écoulement des urines, de permettre au vagin de récupérer en partie sa souplesse et ainsi de faciliter la cure de la F.R.V. C'est ce qui fut réalisé dans deux cas. Une seule fois la F.V.V. fut guérie avant que ne soit entreprise la réparation rectale. Un vagin ainsi asséché constitue certes un gage de sécurité, et nous croyons

que ce plan opératoire est recommandable. Nous essaierons de procéder ainsi plus fréquemment à l'avenir.

Enfin, on peut faire la cure des deux fistules à la fois. Mais cette conduite qui a été suivie dans trois cas nous paraît peu recommandable car l'opération est plus longue et l'état général souvent déficient de nos malades nous commande d'éviter à tout prix un choc opératoire. D'ailleurs les résultats n'ont pas été bons :

— une fois : guérison de la F.V.V. Echec de la F.R.V.

— une autre fois : échec de la F.V.V. Guérison de la F.R.V.

— la troisième : échec des deux.

Mieux vaut semble-t-il, traiter séparément les deux fistules et soigner davantage la réparation, sauf cas particulièrement facile.

Faut-il ou non faire préalablement un anus iliaque gauche de dérivation temporaire ?

— 5 anus préalables ont été faits. Dans ces cinq cas la cure de la F.R.V. a donné 4 guérisons et une petite fistulette résiduelle qui s'est ensuite fermée par sclérose.

— chez les 7 autres malades, aucune dérivation colique ne fut faite. Il y eut :

  — 5 guérisons,

  — 1 échec par abaissement du rectum,

  — 1 échec de la suture rectale (doit être opérée).

Il n'apparaît pourtant pas que cet anus soit indispensable. Les inconvénients des deux interventions supplémentaires nécessitées par sa création et sa fermeture paraissent plus grands que ses avantages. Il semble que *la qualité de la réparation rectale importe davantage que la dérivation des matières.* La malade sera bien entendu, constipée.

En ce qui concerne la technique, nous pensons que trois conditions sont nécessaires pour réussir :

— une bonne libération des bords pour *supprimer toute sclérose ;*

— une suture en plusieurs plans superposés de façon à réaliser une épaisse cloison recto-vaginale, ce qui sera toujours possible si la libération a été bonne. Le surjet est conseillé : au catgut sur la muqueuse, au fil métallique « perdu » sur la musculeuse et la gaine rectale. Dans la plupart des cas, il n'a pas été possible de rapprocher le vagin lui-même qui est atrésié et scléreux ;

— enfin, une bonne périnéorraphie complètera la suture et la protègera en évitant sa tension. Elle est pour certains, la « clé » de la réparation de la F.R.V.

En observant ces trois conditions, il nous semble qu'il est toujours possible de fermer la fistule.

Point n'est besoin de pratiquer un abaissement du rectum. C'est une intervention plus grave, plus hémorragique. Dans ces abaissements périnéaux, il peut y avoir ischémie du bout inférieur, et une certaine tension des sutures à ce niveau, toutes causes de lâchage et de récidive. On risque alors de se trouver devant des délabrements beaucoup plus importants que la lésion initiale. Il vaut mieux n'en point faire et se contenter d'une suture. Celle-ci est d'autant plus possible que la dissection rectale aura été large et que toutes les parties scléreuses auront été réséquées. Il reste presque toujours suffisamment d'étoffe rectale pour une bonne suture.

Dans l'une de nos observations (n° 10), plusieurs essais de réparation recto-vaginale dont un abaissement du rectum n'aboutirent qu'à un vaste cloaque définitivement irréparable. Un nouveau réservoir des urines fut constitué aux dépens d'un segment de sigmoïde isolé dans lequel les uretères furent implantés :

S. D...

F.R.V.V. obstétricale datant d'août 1951. Entre le 14 juillet 1951. F.R.V. à 5 cm. au-dessus de l'anus admettant le bout de l'index. Vagin scléreux très atrésié.

Le 28 août 1951 : anus de dérivation (M. Ayité).

Le 31 octobre 1951 (M. Ayité) : Cystostomie et cure de la fistule recto-vaginale par dédoublement et suture en deux plans.

Le 15 février 1952 (Pr Letac) : Libération du rectum et abaissement avec suture à la région anale et reconstitution du sphincter. Lâchage.

Le 26 mars 1952 (Pr Letac) : En un même temps : 1° Décollement rétropubien de la vessie et suture de la fistule ; 2° Réparation en deux plans de la paroi rectale. Il y a récidive des deux fistules.

Le 26 septembre 1952 (Pr Letac) : Nouvelle suture de la vessie par voie rétropubienne. Lâchage.

En décembre 1952 : Il existe un vaste cloaque vulvo-rectal, la muqueuse rectale ne borde l'anus qu'au niveau de son bord postérieur. Destruction presque complète de la cloison recto-vaginale. En avant, pertuis rétropubien où s'ouvre la F.V.V. Destruction totale de l'urètre. Vessie de capacité très réduite.

Le 3 janvier 1953 (Dr Barroux) : Anastomose urétéro-sigmoïdienne et constitution d'une néo-vessie aux dépens du sigmoïde. 1° Laparotomie médiane sous-ombilicale. Anastomose urétéro-sigmoïdienne latéro-latérale bilatérale en 3 plans. 2° Au-dessous, section du rectum à la jonction recto-colique. Fermeture aseptique et enfouissement des deux bouts. 3° Au-dessus on a la surprise de constater qu'il s'agit d'un cas d'inversion des organes. L'inversion colique est totale et l'anus gauche antérieurement fait, a été pratiqué sur le caecum. Décollement du colon sigmoïde et du colon descendant droit. Section. Les deux bouts sont mis à la peau à travers deux orifices de dissociation musculaire. Le bout supérieur en anus définitif, le bout inférieur pour permettre l'évacuation du néo-réservoir urinaire ainsi constitué. Bonnes suites opératoires. Ultérieurement fermeture de l'anus caecal.

Sort le 15 mai 1953. Fonctionnement satisfaisant de l'anus colique droit et de l'orifice sigmoïdien (néo-vessie), qui sont appareillés dans la même poche de caoutchouc.

Réhospitalisée pour contrôle en août 1953. La cystographie de la néo-vessie sigmoïdienne montre un large réservoir (fig. n° 38). L'azotémie est à 0,50, l'urographie montre un léger degré de dilatation des voies urinaires. Bon état général.

Revue en mars 1954. Bon état général, mais urée sanguine 0,75. Légère amélioration urographique. La malade n'est cependant pas satisfaite, elle demande, ce qui est désormais impossible, la fermeture de son anus définitif.

Il faut noter que d'une façon générale, nos malades africaines ne s'adaptent point à une colostomie définitive qu'il faut toujours

essayer d'éviter. Il s'agit donc là d'une guérison bien relative et qui fait mesurer combien la réparation recto-vaginale est préférable. Et ce n'est que dans l'impossibilité complète et confirmée d'une réparation anatomique que des interventions de ce genre peuvent rendre quelques services.

Un dernier point nécessite d'être envisagé : celui où une dérivation colique des urines serait prévue ultérieurement, ce qui dut être réalisé chez quatre de nos malades et était prévu chez une cinquième qui n'est pas encore revenue. Dans ces cas, la

Fig. 38. — Cystographie de la néo-vessie constituée aux dépens du colon sigmoïde. Le réservoir a été rempli de solution barytée par une sonde introduite dans l'orifice du bout sigmoïdien supérieur mis à la peau dans la fosse iliaque droite. (Cas d'inversion des organes).

F.R.V. doit, bien entendu être fermée dans un premier temps. Mais de plus, le sphincter anal étant appelé à assurer par la suite la continence urinaire, on s'attachera particulièrement à le bien réparer dans les cas où il a été lésé.

En résumé, la cure des fistules recto-vaginales associées ne pose pas les difficiles problèmes de la réparation des fistules vésico-vaginales. Il faut envisager séparément chacune des deux lésions et s'attacher à obtenir une bonne reconstitution rectale. La cure de la fistule recto-vaginale ne nécessite, semble-t-il, qu'une bonne technique.

CHAPITRE XII

LA DÉRIVATION COLIQUE DES URINES

Il n'est pas dans notre propos d'en parler longuement. La question est à la fois trop complexe et trop discutée. Comme l'écrit Ducassou, elle constitue « un procédé séduisant dans l'immédiat qui, par une technique bien réglée et un risque très acceptable, met fin en une quinzaine de jours à une pénible infirmité ». Mais il ajoute que cette thérapeutique doit « être strictement réservée aux mauvais cas de pertes de substances cervico-vésico-vaginales : sclérose pelvienne étendue, échecs répétés ».

Nous pensons en effet avec tous les auteurs que la dérivation intestinale des urines n'est qu'un « pis-aller ». Malgré les efforts techniques que l'on a fait, l'implantation urétéro-colique, comme l'ont montré certains auteurs dont Sherman entraîne des troubles biochimiques profonds. Elle expose de plus la malade à un double danger « l'infection ascendante et la dilatation des voies urinaires au-dessus de l'abouchement, dont la conséquence ultime est la mort du rein correspondant ».

A l'Hôpital Central Africain, nous avons eu recours à cette opération dans 13 cas. 7 ont été faits en 1952. Pour trois malades, la dérivation intestinale des urines fut réalisée d'emblée, la F.V.V. ayant été jugée incurable. Pour les quatre autres, une ou plusieurs tentatives de réparation anatomique furent auparavant tentées qui échouèrent. Il en fut de même pour les six autres réalisées en 1953.

Pour les 13 malades, les résultats sont indiqués dans les deux tableaux suivants :

1 9 5 2

N°	N° observ.	Noms	TECHNIQUE	Résultats immédiats
1	2	G.S.	Latéro-latérale	Guérison.
2	13	C.S.	Latéro-latérale	D.C.D. 75 jours après de : « Pyonéphrose ».
3	16	S.D.	Latéro-latérale	D.C D. 97 jours après de : « Coma azotémique ».
4	30	Y.C.	Latéro-latérale	D.C.D. 14 jours après de « Péritonite après désunion pariétale ».
5	46	B.D.	Latéro-latérale	Guérison.
6	47	N.N.	Latéro-latérale	Guérison.
7	53	D.D.	Latéro-latérale	Guérison.

1 9 5 3

N°	N° obs.	Noms	TECHNIQUE	immédiats	Résultats X mois après
1	10	S.D.	Néo-vessie sigmoïdienne. Implantation latéro-latérale des uretères	Guérison	7 mois après : Azotémie 0 50 % U.I.V. hydronéphrose importante bilatérale.
2	49	G.M.	Latéro-latérale	Guérison	1 mois après : Rein droit auparavant invisible. A présent bien objectivé.
3	78	N.F.	Termino-latérale	Guérison	3 mois après : Azotémie 0,55 % U.I.V. Surpression légère à droite. Hydronéphrose avec surpression à gauche.
4	83	B.B.	Termino-latérale	Guérison	3 mois après : Azotémie 0.35 %. U.I.V. Amélioration.
5	84	M B.	Termino-latérale	Guérison	3 mois après : Azotémie 0,70 %. U.I.V. Légère amélioration.
6	99	A.D.	Latéro-latérale	D.C.D. de Thrombose cardiaque.	

Nous n'avons pu revoir quelques mois après que cinq de nos malades. Sur 13 femmes opérées, quatre sont décédées après l'intervention ou dans les trois mois qui suivirent.

Quant à la technique utilisée, 9 malades furent opérées suivant la technique latéro-latérale, 3 suivant la technique termino-latérale de LEADBETTER conseillée par COUVELAIRE. Les techniques proposées sont trop nombreuses et notre expérience trop courte pour en discuter leur valeur. De toute façon, sur le plan des F.V.V. nous pensons avec COUVELAIRE que « l'implantation colique ne doit être considérée que sous l'angle d'une ressource dernière ».

En faisant remarquer les inconvénients de la dérivation colique, Perrin, de Lyon, a repris et défendu le colpocléisis qu'il préfère à l'implantation urétéro-colique dans le traitement des F.V.V. incurables.

A l'Hôpital Central Africain, nous ne l'avons jamais utilisé. Selon COUVELAIRE, cette méthode serait fréquemment à l'origine de lithiase et d'infection. Elle doit avoir une indication très stricte : « Situation de la fistule au fond d'un véritable diverticule vaginal ». De plus, quand on le réalise, il est nécessaire de pratiquer « une large excision des bords de la fistule pour établir une communication directe entre le diverticule vaginal et la vessie ».

Les femmes africaines n'acceptent pas d'ordinaire la perspective de la supression vaginale et préfèrent l'opération de Coffey.

Il faut noter que le nombre de dérivations coliques que nous avons faites pendant ces deux années, 13 malades sur 102, est nettement inférieur aux pourcentages considérés d'ordinaire en Afrique Noire comme relevant d'emblée ou secondairement de l'opération de Coffey. BERLEMONT, par exemple, à Bamako, en a fait 18 sur 34 malades.

Dans l'année 1951, 17 dérivations coliques avaient été faites à l'Hôpital Central Africain, presque toutes suivant la technique

d'anastomose latéro-latérale de R. Letac (1), qui paraît éviter au maximum les dilatations urétéro-pyéliques consécutives.

Il faut voir dans cette moindre fréquence d'indications, l'influence des opérations de réparation anatomique par voie rétro-pubienne qui, malgré leurs inconvénients, ont quand même apporté la guérison à certaines malades. C'est actuellement de leurs échecs que naissent les indications de la dérivation. Tel a été le cas de 10 sur 13 de nos malades. « Il faut toujours tenter de rétablir une anatomie normale ».

Si d'ailleurs ces opérations de fermeture vésicale avec néo-urètre nous donnaient de meilleurs résultats et plus fréquemment une guérison fonctionnelle de bonne qualité, les indications de la dérivation colique diminueraient encore ou disparaîtraient complètement.

Tel est du moins notre espoir à l'Hôpital Central Africain où se fait depuis février 1954, pour les grandes brèches vésico-vaginales avec destruction urétrale, une réparation d'un mode entièrement nouveau : « l'iléo-cysto-urétro-plastie ».

---

(1) R. Letac, Acad. Chirurg., 69, 1943, pp. 256-258.

CHAPITRE XIII

LA PLASTIE CYSTO-URÉTRALE (*)

Elle fait suite aux travaux de 1952 sur « le retournement vésical ».

Dans cette dernière opération, la libération vésicale obtenue par voie rétropubienne est très large, la fistule est parfaitement exposée, mais la transposition hypogastrique intégrale fixant la fistule à la paroi abdominale est impossible. Ainsi se contente-t-on de passer une bourse de fil métallique dans les bords de la fistule, de la serrer autour d'une sonde de Pezzer ; puis on laisse retomber la vessie contre la face postérieure du pubis. Mais on sait l'inconstance des résultats. Et, même dans les cas heureux, la guérison obtenue n'est que partielle. Il faut plusieurs mois après, entreprendre la difficile reconstruction d'un urètre physiologiquement satisfaisant.

Pourquoi ne pas profiter de ce temps de libération vésicale, en tous points excellent, pour faire la réparation plastique de la vessie et réaliser dans le même temps le néo-urètre.

Sans entrer dans les détails de la technique opératoire, disons que c'est ce qui a été fait à la Clinique Chirurgicale de l'Hôpital Central Africain depuis février 1954. Un matériel neuf a

* Article sous presse : R. Letac et P. Barroux in « Journal d'Urologie ».

été choisi dans ce but. Une anse grêle est isolée. Son pédicule mésentérique est soigneusement conservé avec toute sa vascularisation. Elle est extra-péritonisée et amenée au devant de la vessie retournée, largement ouverte. Elle va remplir un double rôle de cystoplastie et de constitution d'un urètre. Le schéma n° 39 rend compte de la nouvelle opération.

Depuis six mois jusqu'à la date d'impression de ce travail, 15 interventions de ce type ont été faites. Elles seront ultérieu-

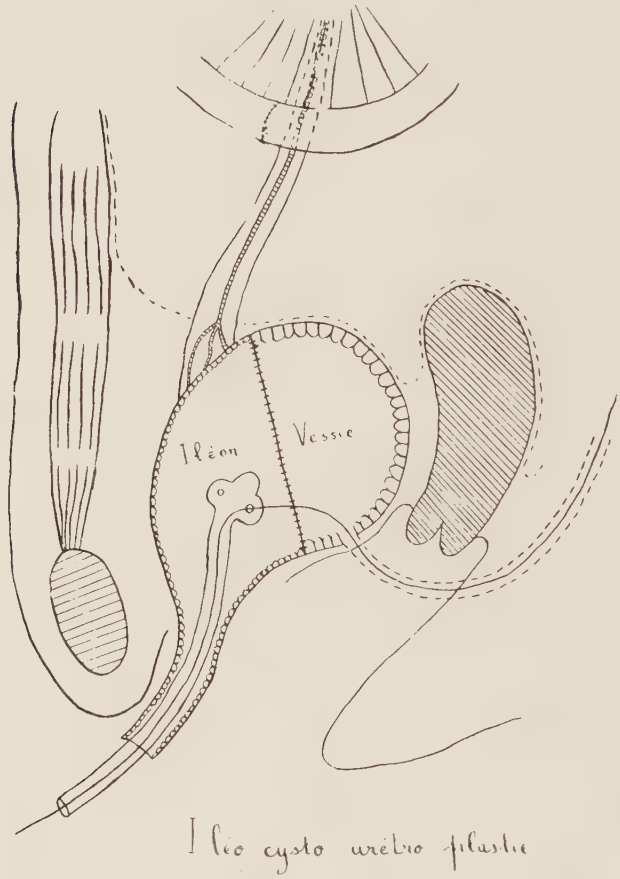


Fig. N° 39.

rement rapportées, mais d'ores et déjà, il est permis de penser qu'il s'agit là d'une intervention précieuse dans les grandes et larges fistules avec destruction urétrale plus ou moins complète que nous rencontrons si souvent en A.O.F. Cet effort de réparation anatomique serait vain, s'il n'était suivi de la guérison de la malade. L'arrêt de la perte des urines, et la reprise de la fonction vésicale de réservoir sont les buts recherchés. Bien que la plupart de ces interventions soient encore trop récentes, il semble qu'il existe chez ces malades une récupération de la fonction qui leur donne satisfaction. Il reste à expliquer bien sûr, le mode de rééducation de l'anse grêle et son adaptation à ses nouvelles fonctions.

Fig. 40. — Aspect du néo-urètre iléal au fond du vagin.

CHAPITRE XIV

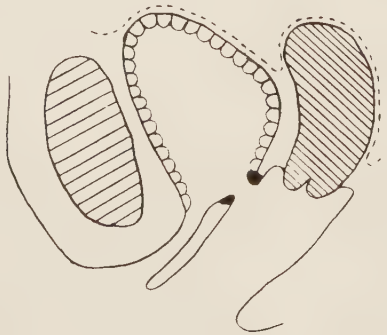
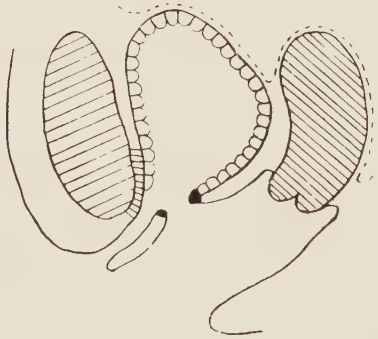
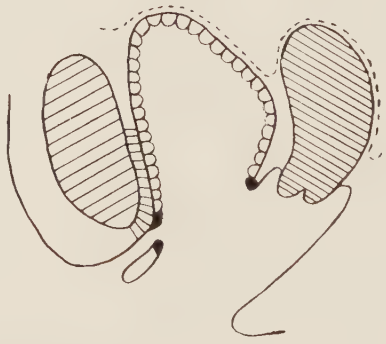
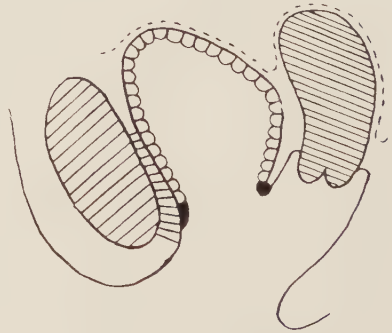
LES INDICATIONS OPÉRATOIRES

Elles ont été résumées dans les deux tableaux suivants :

— Le premier classe les différentes techniques opératoires suivant la forme anatomo-pathologique de la fistule.

— Le second montre l'évolution des indications opératoires dans ces dernières années. Il fait désormais à l'iléo-cysto-urétroplastie une place que seule l'expérience pourra lui confirmer dans l'avenir.

INDICATIONS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

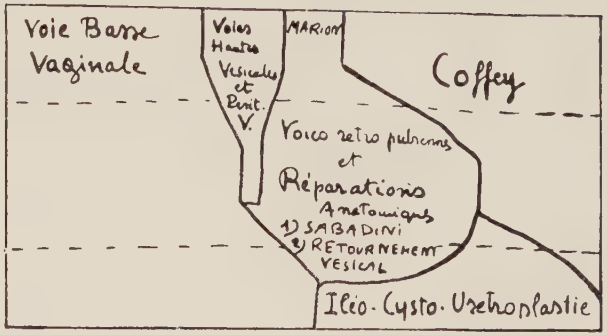
29 %	19 %	52 %	
			
F. V. V. de la cloison	**Fistules du col vésical**	**Fistules avec destruction partielle de l'urètre**	**Fistules avec destruction totale de l'urètre**
Simple problème de réparation. Pas de problème de continence.	Problème de continence.	La réparation comprend : 1° — La fermeture de la vessie. 2° — La réfection d'un urètre.	
Voie basse vaginale ou vagino-périnéale (suffisante). ou voie vésicale ou voie mixte	Voie basse avec essai de reconstitution du sphincter. — complétée par le procédé de Cabanié. — ou par la libération haute retro-pubienne de la vessie et de l'urètre.	1° — Fermeture de la F.V.V. avec réimplantation du moignon d'urètre. 2° — Procédé de Marion. Néo-urètre dans un deuxième temps. 3° — Voies retropubiennes. Sabadini. Retournement vésical Réfection vésicale } Néo-urètre dans un deuxième temps. 4° — Dérivation colique des urines. 4° — Iléo-cysto-urétro-plastie.	

EVOLUTION
DES INDICATIONS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL
dans les F. V. V. Africaines

Avant les voies rétro-pubiennes
Avant 1947-1951

De 1951 à 1954

1954



CHAPITRE XV

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

N°	Noms et Prénoms	RESULTATS	EN BREF
1	S. D... Fistule avec destruction urétrale.	Sabadini : échec. Reprise de Sabadini : guérison. Echec d'I néo-urètre trans-symphysaire et d'I néo-urètre veineux. Néo-urètre tube tuteur.	Fermeture vésico-vaginale par Sabadini. Néo-urètre tube tuteur. Résultat incertain.
2	G. S... Fistule avec destruction urétrale. F.R.V.	Cure et guérison de la F.R.V.-F.V.V. jugée incurable. Coffey. Guérison.	Coffey.
3	T. S... Fistule du col vésical.	Guérie après 2 interventions par voie basse. Suspension du col vésical pour incontinence. Récidive de la fistule. Mise exéate, revient avec un pertuis sphinctérisé. Fonction satisfaisante.	Guérison par pertuis sphinctérisé.
4	M. S... Fistule du col vésical.	Echec de deux Sabadini. Refuse le Coffey.	Sort non guérie sur sa demande.
5	M. B... Fistule de la cloison F.R.V.	Cure par voie vésicale de la F.V.V. Echec. Cure F.R.V. Guérison.	D.C.D. de Pyonéphrose 7 mois après la cure de la F.R.V.

N°	Noms et Prénoms	RESULTATS	EN BREF
6	F. D... Fistule de la cloison.	Guérison après une intervention par voie basse.	Guérison.
7	F. M... Fistule avec destruction urétrale.	Echecs de 2 Sabadini. Guérison par retournement vésical. Néo-urètre avec greffon cutané et encoche de la branche ischio-pubienne. Continence. Mictions volontaires sans jet	Fermeture vésico-vaginale par retournement. Néo-urètre cutané. Guérison.
8	F. L... Fistule de la cloison.	Guérison après 2 interventions par voie basse.	Guérison.
9	L. M... Fistule de la cloison.	Guérison après 2 interventions par voie basse.	Guérison.
10	S. D... Fistule avec destruction urétrale. F.R.V.	2 échecs de Sabadini. Cure F.R.V. échec. Néo-vessie sigmoïdienne. Implantation urétéro - colique dedans Guérison.	Néo-vessie avec sigmoïde.
11	F. N... Fistule avec destruction urétrale. F.R.V.	Echec d'un Sabadini. Cure F.R.V. Guérison. Guérison par retournement vésical. Néo-urètre tube tuteur. Echec. Est encore en traitement.	Fermeture vésico-vaginale par retournement. Néo-urètre à faire.
12	P. K... Fistule avec destruction urétrale.	Fermeture vésico-vaginale par Sabadini. Guérison. Néo-urètre trans-symphysaire. Malade sortie et non revue. On n'a pu juger de sa fonction.	Sabadini. Guérison. Résultat du néo-urètre non connu.
13	C. S... Fistule avec destruction urétrale.	Fistule d'origine éléphantiasique. Echec d'un Sabadini. Coffey. Bonnes suites opératoires immédiates. Un mois après sa sortie : coma azotémique.	D.C.D. 75 jours après le Coffey.

N°	Noms et Prénoms	RESULTATS	EN BREF
14	A. N... Fistule de la cloison.	Après une intervention par voie basse, résultat incertain. Mise exéate. N'est pas revenue.	Résultat inconnu.
15	N. D... Fistule avec destruction urétrale.	Fermeture vésico-vaginale par Sabadini. Guérison. Néo-urètre trans-symphysaire. Malade sortie et non revue. On n'a pu juger de sa fonction.	Sabadini. Guérison. Résultat du néo-urètre non connu.
16	S. D... Fistule avec destruction urétrale.	Echecs d'une voie basse et d'un Sabadini. Coffey. Coma azotémique. Décédée.	D.C.D. 37 jours après le Coffey.
17	A. D... Fistule du col vésical.	Sabadini. Guérison. Néo-urètre avec greffon veineux. Echec. Pertuis vaginal résiduel. Evasion.	Fermeture vésico-vaginal par Sabadini. Echec d'un néo-urètre. Evasion.
18	H. S... Fistule avec destruction urétrale.	Echecs multiples de 3 Sabadini, 1 retournement, 1 reprise Sabadini. Refuse le Coffey.	Echec. Refuse le Coffey.
19	A B... Fistule avec destruction urétrale. F.R.V.	Echec d'un retournement et d'une reprise de retournement. Guérison F.R.V. après 3 cures. Coffey à faire.	Coffey envisagé.
20	A. G... Fistule du col vésical.	Fermeture vésico-vaginale par Sabadini, avec section du pont urétral restant. Guérison. Néo-urètre trans-symphisaire. Sortie et non revue. On n'a pu juger de sa fonction.	Sabadini. Guérison. Résultat de néo-urètre non connu.
21	P. B... Fistule avec destruction urétrale. F.R.V.	F.V.R.V. d'origine lympho-granulomateuse. Cure F.R.V. Guérison. Cure F.V.V. par opération de Marion (1er temps) en 1951. Guérison. Néo-urètre par tunnellisation rétropubienne. Sortie.	Fermeture vésico-vaginale par opération de Marion (1951). Néo-urètre par tunnellisation.

N°	Noms et Prénoms	RESULTATS	EN BREF
22	M. N... Fistule avec destruction urétrale.	3 cures par opération de Marion (1er temps). Echec. Sabadini. Guérison. Néo-urètre trans-symphysaire. Guérison. Malade revue 1 an après. Bon résultat fonctionnel.	Fermeture vésico-vaginale par Sabadini. Néo-urètre trans-symphysaire. Guérison.
23	B. T... Fistule avec destruction urétrale.	Sabadini, résultat incertain. Mise exéate. N'est pas revenue.	Un Sabadini de résultat incertain. Non revue.
24	L. D... Fistule de la cloison.	Guérison après une intervention par voie basse.	Guérison.
25	E. S... Fistule de la cloison.	Guérison après une intervention par voie basse.	Guérison.
26	R. G... Fistule du col vésical.	2 échecs de voie basse. Guérison par retournement vésical. Trocardisation à travers l'urètre conservé. Guérison.	Fermeture vésico-vaginale par retournement. Trocardisation complémentaire de l'ancien urètre. Guérison.
27	H. D... Fistule avec destruction urétrale. F.R.V.	Cure F.R.V. Guérison. Cure F.V.V. par procédé de Marion (1er temps). Echec Sabadini. Echec. Mise exéate. N'a pas été revue.	Un échec de Sabadini. Sortie et non revue.
28	S. B... Fistule du col vésical.	Une voie basse. Echec 2e voie basse, résultat incertain. Sortie et non revenue.	Résultat incertain après 2 voies basses. Sortie et non revue.
29	F. S... Fistule de la cloison.	Une voie basse. Echec. 2e voie basse. Echec. Persistance d'un pertuis résiduel. Sortie et non revue.	Pertuis résiduel après 2 voies basses. Sortie et non revue.
30	Y. C... Fistule avec destruction urétrale.	2 échecs de Sabadini. Coffey. D.C.D. de péritonite.	D.C.D. 14 jours après le Coffey.

N°	Noms et Prénoms	RESULTATS	EN BREF
31	F. D... Fistule du col vésical.	Guérison après trois interventions par voie basse.	Guérison.
32	S. N... Fistule de la cloison.	Guérison après une intervention par voie basse.	Guérison.
33	A. N... Fistule de la cloison.	Guérison après une intervention par voie basse.	Guérison.
34	R. K... Fistule du col vésical.	Retournement vésical. Guérison. Néo-urètre avec greffon cutané. Guérison.	Fermeture vésico-vaginal par retournement. Néo-urètre cutané. Guérison.
35	A. N... Fistule du col vésical.	Guérison après une intervention par voie basse.	Guérison.
36	A. N... Fistule du col vésical.	Echec après trois interventions par voie basse (procédé de Marion). Persistance d'une fistulette minuscule. Sortie et non revue.	Fistulette résiduelle après trois opérations de Marion (1er temps). Sortie et non revue.
37	M. D... Fistule avec destruction urétrale.	Echecs de 3 voies basses. Sabadini. D.C.D. de choc opératoire.	D.C.D. de choc opératoire.
38	N. N... Fistule de la cloison.	Guérison après une intervention par voie basse.	Guérison.
39	M. D... Fistule du col vésical.	1 échec de voie basse. Sabadini. Guérison. Néo-urètre trans-symphysaire. Fonction satisfaisante.	Fermeture vésico-vaginale par Sabadini. Néo-urètre trans-symphysaire. Guérison.
40	C. B .. Fistule avec destruction urétrale.	1 échec par voie basse (Marion). Sabadini. Guérison. Echec d'un néo-urètre trans-symphysaire.	Fermeture vésico-vaginale par Sabadini. Echec d'un néo-urètre. Encore en traitement.

N°	Noms et Prénoms	RESULTATS	EN BREF
41	A. S... Fistule de la cloison.	Voie basse. Echec. Sortie. Devant revenir dans 2 mois. N'est pas revenue.	Echec voie basse. Sortie non revue.
42	P. D... Fistule avec destruction urétrale.	Sabadini, guérison. Tunnellisation. Rétro-pubienne sans greffe. Urine sans jet. Goutte à goutte durant 5 minutes. Par ailleurs continence. Sort sur sa demande.	Fermeture vésico-vaginale par Sabadini. Néo-urètre. Guérison.
43	N. D... Fistule avec destruction urétrale.	Sabadini. Guérison. Néo-urètre trans-symphysaire Echec. Pertuis résiduel. Voie basse. Guérison. Néo-urètre avec greffon cutané. Guérison. Mictions en jet.	Fermeture vésico-vaginale par Sabadini. Néo-urètre. Guérison.
44	M. D... Fistule de la cloison.	Guérison après une intervention par voie basse.	Guérison.
45	K. G... Fistule de la cloison.	Guérison après une intervention par voie basse.	Guérison.
46	B. D... Fistule avec destruction urétrale. F R.V.	2 échecs de voie basse sur la F.V.V. Guérison de la F.R.V. Coffey. Guérison.	Coffey.
47	N. N... Fistule avec destruction urétrale.	F.V.V. jugée incurable. Coffey. Guérison.	Coffey.
48	N. G... Fistule de la cloison.	Voie basse. Echec. Devant revenir dans 2 mois. N'est pas revenue.	Echec d'une voie basse. Sortie et non revue.
49	G. M... Fistule de la cloison.	Voie péritonéale et vésicale : échec. Retournement : échec. Coffey. Guérison.	Coffey.
50	M. N... Fistule avec destruction urétrale.	Sabadini : échec. Retournement : échec. Reprise retournement : guérison. Trocardisation : résultat incertain. Miction en deux temps. Vaginite.	Fermeture vésico-vaginale par retournement et reprise retournement, Trocardisation. Résultat incertain.

N°	Noms et Prénoms	RESULTATS	EN BREF
51	A. P... Fistule du col vésical.	1 voie basse : échec. Retournement : guérison. 2 échecs de néo-urètre avec greffon veineux.	Fermeture vésico-vaginale par retournement Néo-urètre à refaire.
52	D. N... Fistule avec destruction urétrale.	Sabadini : guérison. Néo-urètre avec greffon cutané. A réouvert plusieurs fois sa cysto. Abcès à répétition de l'incision de cystostomie. Diathermie. Guérison. Urètre souple et cathétérisable.	Fermeture vésico-vaginale par Sabadini. Néo-urètre greffon cutané. Résultat incertain.
53	D. D... Fistule avec destruction urétrale.	Fistule vésico-vaginale jugée incurable. Coffey. Guérison.	Coffey.
54	M. M... Fistule avec destruction urétrale.	Sabadini, guérison. Tunnellisation rétropubienne sans greffe. Mictions volontaires formant presque un petit jet. Mais perd quelques gouttes après les mictions. Néo-urètre n'admettant que le cathéter métallique. Sortie et non revue.	Fermeture vésico-vaginale par Sabadini. Tunellisation rétropubienne. Résultat fonctionnel incertain.
55	D. S... Fistule avec destruction urétrale.	Fistule d'origine lymphogranulomateuse. 3 échecs de voie basse (procédé de Marion).	Echec de 3 voies basses (Marion). Sortie.
56	A. D... Fistule de la cloison.	Guérison après intervention par voie basse.	Guérison.
57	D. K... Fistule avec destruction urétrale. F.R.V.	F.V.V. guérie par Sabadini. N'a jamais eu de néo-urètre. F.R.V. traitée et guérie. Fermeture d'anus 5 mois après le Sabadini. Décès. Nécropsie : Pyonéphrose.	D.C.D. de pyonéphrose.
58	M. B... Fistule de la cloison.	Guérison après une intervention par voie basse.	Guérison.

N°	Noms et Prénoms	RESULTATS	EN BREF
59	A. B... Fistule de la cloison.	Guérie par voie mixte.	Guérison.
60	M. N... Fistule de la cloison.	F.V.V. consécutive à une incision du col. Réparation immédiate. Guérison.	Guérison.
61	B. D... Fistule de la cloison.	Petite fistule juxta cervico-utérine récente. Renvoyée à plus tard pour intervention. N'est pas revenue.	Non traitée.
62	F. S... Fistule de la cloison.	Guérie par voie basse.	Guérison.
63	F. F... Fistule du col vésical.	D.C.D. Anurique 2 jours après une réimplantation urétrale par voie mixte vaginale et vésicale. (Néphrite interstitielle ascendante des 2 reins).	D.C.D.
64	D. G... Fistule avec destruction urétrale.	Guérison (premier temps) par retournement et reprise de retournement. N'est jamais revenue pour le néo-urètre.	Fermeture vésico-vaginale par retournement. N'est pas revenue pour le néo-urètre.
65	B. D... Fistule du col vésical.	Retournement vésical : résultat complet. Persistance d'un petit pertuis sphinctérisé. Continence satisfaisante.	Guérison par pertuis sphinctérisé.
66	A. D... Fistule du col vésical.	Guérison spontanée par simple sonde à demeure. Récidive par la suite.	Cicatrisation spontanée. A récidivé (1954).
67	C. D... Fistule du col vésical.	Retournement vésical après section complète de l'urètre. Echec. Refuse deuxième intervention.	Refuse une nouvelle intervention.
68	A. G... Fistule avec destruction urétrale.	Simple examen.	Refuse l'intervention

N°	Noms et Prénoms	RESULTATS	EN BREF
69	A. T... Fistule de la cloison.	Guérison par voie basse.	Guérison.
70	M. D... Fistule avec destruction urétrale.	Fistule récente. 1 mois. A revoir. N'est pas revenue.	Pas de traitement.
71	C. D... Fistule de la cloison.	Guérison par voie vésicale.	Guérison.
72	P. S... Fistule avec destruction urétrale.	Voie basse (Marion). Persistance d'un petit pertuis sphinctérisé. Continence fonction satisfaisante.	Guérison par pertuis sphintérisé.
73	A. T... Fistule de la cloison.	Guérie par voie basse.	Guérison.
74	A. F... Fistule de la cloison.	Guérie par voie basse.	Guérison.
75	A. M... Fistule du col vésical.	Guérie par voie mixte vésicale et vaginale.	Guérison.
76	M. M... Fistule avec destruction urétrale.	Guérie par retournement et néo-urètre veineux (bonne fonction).	Fermeture vésico-vaginale par retournement. Néo-urètre veineux. Guérison.
77	M. F. . Fistule de la cloison.	Guérie par voie basse après 2 interventions.	Guérison.
78	N. F... Fistule avec destruction urétrale.	Retournement et reprise : échec. Coffey. Guérison.	Coffey.
79	M. D... Fistule de la cloison.	Guérie par voie basse après 2 interventions.	Guérison.
80	S. T... Fistule avec destruction urétrale.	Réfection vésicale. Suture après réimplantation de principe des 2 uretères. Guérison. En 1954 : iléo-cysto-plastie d'aggrandissement avec néo-urètre (greffon cutané)	Fermeture vésico-vaginale par réfection vésicale.

N°	Noms et Prénoms	RESULTATS	EN BREF
81	G. B... Fistule avec destruction urétrale.	Réfection vésicale. Suture après réimplantation de principe des 2 uretères. Syncope cardiaque post-opératoire.	D.C.D.
82	C. S... Fistule du col vésical.	Guérie par voie basse après 2 interventions.	Guérison.
83	B.B. . Fistule avec destruction urétrale.	Retournement et reprise. Echecs. Coffey. Guérison.	Coffey.
84	M. B... Fistule avec destruction urétrale.	Retournement et reprise : échecs. Coffey. Guérison.	Coffey.
85	F. M... Fistule de la cloison.	Guérison par voie basse.	Guérison.
86	S. S... Fistule avec destruction urétrale.	Réfection vésicale. Suture après réimplantation de principe des 2 uretères. Guérison. En 1954 : trocardisation de l'ancien urètre.	Fermeture vésico-vaginale par réfection vésicale.
87	F. M... Fistule avec destruction urétrale.	Retournement. Guérison. Echecs d'un néo-urètre veineux et d'une trocardisation.	Fermeture vésico-vaginale par réfection vésicale. Echecs de 2 néo-urètres.
88	P. S... Fistule avec destruction urétrale.	Sabadini. Guérison. Néo-urètre artériel fait en 1954, Guérison.	Fermeture vésico-vaginale par Sabadini. Néo-urètre avec greffon artériel (1954). Guérison.
89	A. N... Fistule avec destruction urétrale.	Retournement et reprise. Echecs. Coffey envisagé.	Echec de fermeture vésico-vaginale.
90	R. S... Fistule avec destruction urétrale.	Réfection vésicale. Suture vésicale après réimplantation de principe des 2 uretères. Guérison. En 1954 : néo-urètre (greffon cutané).	Fermeture vésico-vaginale par réfection vésicale.

N°	Noms et Prénoms	RESULTATS	EN BREF
91	M. N... Fistule avec destruction urétrale.	Guérison par retournement vésical. Echec de néo-urètre avec greffon veineux. Trocardisation. Réouverture multiples de la cystostomie. Cystite. Vessie de petite capacité avec calculs. Fermeture chirurgicale de la cystostomie. Lachage.	Fermeture vésico-vaginale par retournement. Trocardisation. Résultat incertain.
92	N. G... Fistule avec destruction urétrale.	Guérison par retournement Echec d'un néo-urètre veineux.	Fermeture vésico-vaginale par retournement. Echec d'un néo-urètre.
93	F. M... Fistule avec destruction urétrale.	Retournement et reprise. Guérison.	Fermeture vésico-vaginale par reprise retournement. Néo-urètre à faire.
94	A. N... Fistule avec destruction urétrale. F.R.V.	Cure F.R.V. : guérison. F.V.V. jugée incurable. Coffey envisagé. Malade sortie pour 3 mois et non revenue.	Non traitée.
95	A. M... Fistule avec destruction urétrale.	Guérison, par retournement. Trocardisation simple. Guérison.	Fermeture vésico-vaginale par retournement. Guérison par trocardisation.
96	Y. D... Fistule du col vésical.	Guérison après 3 interventions. Voie mixte vésicale et vaginale. Echec. Voie vésicale ; enfin fermeture d'un petit orifice résiduel par voie basse.	Guérison.
97	B. L... Fistule avec destruction urétrale. F.R.V.	Cure F.R.V. Guérison. Retournement. Guérison. Néo-urètre tube tuteur. Echec.	Fermeture vésico-vaginale par retournement. Echec néo-urètre.
98	A. S... Fistule avec destruction urétrale. F.R.V.	Retournement : échec. Cure F.R.V. Echec partiel. Sort sur sa demande. N'est pas revenue.	Echec de retournement. Sortie.

N°	Noms et Prénoms	RESULTATS	EN BREF
99	A. D... Fistule avec destruction urétrale.	Echec de retournement. Coffey. D.C.D. au 7e jour de « Thrombose cardiaque ».	D.C.D. 7 jours après le Coffey.
100	F. D... Fistule avec destruction urétrale.	F.V.V. Lympho-granulomateuse.	Refuse l'intervention
101	K. C... Fistule de la cloison.	F.V.V. datant de 2 ans. Enceinte de 5 mois. A revoir après son accouchement.	F.V.V. chez une femme enceinte.
102	K. G... Fistule avec destruction urétrale.	Retournement : guérison 1re trocardisation. L'orifice s'est fermé. 2e trocardisation. Retention. Cystostomie. A revoir dans 2 mois pour création d'un autre néo-urètre.	Fermeture vésico-vaginale par retournement. Echecs de 2 trocardisation.

RESULTATS DES INTERVENTIONS PRATIQUEES POUR FISTULES VESICO-VAGINALES EN 1952-1953

	1952					1953				
	Nombre	Guérisons	Echecs	D.C.D.	% des échecs	Nombre	Guérisons	Echecs	D.C.D.	% des échecs
Voie Péritonéale	1		1			0				
Voie vésicale	1		1			2	1	1		
Voie mixte vésicale et vaginale	0					4	2	1	1	
Voie vaginale	36	14	22		61 %	13	10	3		15 %
Marion	11		11		100 %	1		1		
Sabadini	28	11	17		61 %	6	3	2	1	50 %
Retournement vésical	4 +					22	12	14		63 %
Reprise de retournement						10	4	6		60 %
Réfection vésicale						4	3		1	25 %
	N. B. + 1 décès 8 mois après 1 voie vésicale par Pyonéphrose					A noter qu'il y a eu 1 décès par Pyonéphrose 5 mois après un Sabadini				
COFFEY a) Latéro-latérales	7	4		3		3	2		1	
b) Termino-latérales						3	3			
NEO-URETRES	11 +					22				
a) Trans-symphysaires			2	9						
b) Tube tuteur								3		
c) Greffon cutané							3	1		
d) Greffon veineux							1	7		
e) Trocardisation simple							1	5		
f) Trocardisation sur urètre conservé							1			
Nombre total d'interventions =	99					90				

CONCLUSIONS

1. — La fistule vésico-vaginale a, en A.O.F., une fréquence et une gravité et des conséquences familiales qui en font une affection d'un grand intérêt social.

2. — 102 cas de fistule vésico-vaginale traités en deux ans, 1952-1953, à l'Hôpital Central Africain, ont été revus.

3. — C'est dans le Service de Chirurgie de l'Hôpital Central Africain la première affection chirurgicale féminine.

4. — L'origine obstétricale vraie par ulcération compressive et chute d'escarre, inconnue actuellement en Métropole, est ici presque constante : 87 %.

5. — 50 % des femmes viennent se faire traiter tardivement un an après l'apparition de la fistule.

6. — Les destructions urétro-cervico-vésicales sont très fréquentes. La perte partielle ou totale de l'urètre nécessitant sa reconstitution se voit dans la moitié des cas.

7. — Il y a lieu d'adopter la classification simple anatomo-pathologique suivante :

   1° - Fistules de la cloison.

   2° - Fistules limitées du col vésical.

   3° - Pertes de substances étendues avec destruc- partielle ou totale de l'urètre.

8. — Le retentissement de la fistule vésico-vaginale sur l'état général a été souvent méconnu. Des troubles de l'hydratation sont envisagés. Un bilan pré-opératoire rigoureux et une longue préparation sont toujours nécessaires chez ces malades indigentes, souvent malnutries et carencées.

9. — Le traitement des fistules de la cloison est assez facile en appliquant les principes classiques de dédoublement et de suture.

10. — Les fistules limitées du col vésical nécessitent la réparation sphinctérienne et peuvent réclamer une libération complémentaire rétropubienne.

11. — La voie périnéo-vaginale, l'abaissement temporaire du col utérin sont des compléments efficaces du traitement par voie basse vaginale.

12. — Les opérations de réparation anatomique sont « idéales » mais comportent trop d'insuccès.

L'opération de SABADINI et le retournement vésical avec des causes d'échecs différents ont donné ensemble tous les deux 30 à 40 % d'insuccès. A ceci il faut ajouter ceux du deuxième temps constitué par la création du néo-urètre.

13. — De multiples procédés de création de néo-urètre ont été essayés. Aucun n'est excellent. L'incontinence et le rétrécissement chronique avec leurs conséquences sont très fréquents.

14. — Toutes ces réparations en plusieurs temps, réalisent un traitement de longue durée avec interventions multiples et longues hospitalisations qui en font des méthodes de « luxe » assez inapplicables comme procédé standard dans la plupart des hôpitaux secondaires d'A.O.F.

15. — En outre, on ne peut condamner une malade vivant isolée en brousse, loin d'un poste médical, aux dilatations répétées que nécessite un néo-urètre scléreux.

16. — La dérivation colique des urines reste ce qu'elle a toujours été : un « pis-aller » séduisant.

17. — Nos espoirs vont à une opération de réparation plastique en un temps fermant la vessie après retournement vésical, à l'aide d'un transplant iléal extra-péritonisé. Il constitue en même temps un néo-urètre idéal et est fixé en bonne place vagino-vulvaire.

Nos cas sont trop peu nombreux et trop récents pour qu'un jugement définitif puisse être porté.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : Le Doyen :
Pour le Doyen,
l'Assesseur, R. SIGALAS.

Vu : Le Président du Jury
L. MASSE.

Vu et permis d'imprimer,
Bordeaux, le 11 octobre 1954.
Le Recteur :
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

A) ARTICLES PRINCEPS

1 André C.P. — Traitement des fistules vésico-vaginales. *Gyn. et Obst.* 1937, 36, 114-142.

2 Barroux P. et Letac R. — Le retournement vésical dans le traitement des fistules vésico-vaginales africaines. *Bordeaux Chirurgical,* 1953, fasc. 3, 113-124.

3. Berlemont M. — Remarques à propos de la cure chirurgicale d'une série de 34 fistules vésico-vaginales post partum en milieu africain. *Bulletin Médical de l'A.O.F.,* 1952, 9, 147-170.

4 Bertrand et Creyssel. — Traitement des fistules vésico-vaginales. *Traité de Thérapeutique chirurgicale.*

5 Cabanié G. — Fistules cervico-urétrales par ischémie. *Journal d'Urologie,* 1935, 40, 148-167.

6 Cabanié G. — Application du procédé indochinois au traitement des fistules urétro-cervicales par ischémie. *Journal d'Urologie,* 1938, 54, 269-271.

7 Cabanié G. — Sur une fistule de la région du col vésical et son traitement opératoire. *Journal d'Urologie,* 1949, 55, 924-926.

8 Cabanié G. — Les fistules du col vésical à lésions étendues et leur cure chirurgicale. *Presse Médicale,* 1950, n° 54, 944.

9 Cabanié G. — Les fistules Ischémiques du col vésical. *Journal d'Urol.* 1953, 59, 437-446.

10 Cohn Sidney et Weinberg Arthur. — La vessie durant l'accouchement. Considération sur sa situation, ses blessures et leur réparation. *Amer. Journal of Obst. and Gyn.* 1950, vol. 60, 362-370.

11 Couvelaire. R. — Sur la voie d'abord opératoire de certaines fistules vésico-vaginales haut situées. *Journal d'Urologie,* 1941, 49, 43-45.

12 Couvelaire R. — Vingt observations de fistules vésico-vaginales haut situées guéries par la voie d'abord vagino-périnéale. *Journal d'Urologie*, 1943, 51, 52-54.

13 Couvelaire R. — Sur la cure opératoire de 50 fistules vésico-vaginales. *Académie de Chirurgie*, 18 juin 1947, 462-469.

14 Couvelaire R. — La voie d'abord vagino-périnéale dans la cure opératoire des fistules vésico-vaginales haut situées. *Nouvelle Pratique Chirurgicale Illustrée*, Paris, 1947, fasc. 1, 107-158.

15 Couvelaire R. — Remarques techniques sur la réparation des brèches vésico-vaginales avec perte du sphincter vésical et de l'urètre. *Journal Belge d'Urologie*, 1947, an. 15, 764.

16 Couvelaire R. — Contre le colpocléisis dans la cure des fistules vésico-vaginales. *Journal d'Urologie*, 1950, 56, 688-690.

17 Couvelaire R. — La cystectomie trigonale. *Journal d'Urologie*, 1951, 57, 658-692.

18 Couvelaire R. — Les fistules vésico-vaginales. *La Semaine des Hôpitaux-Annales de Chirurgie*, 1953, an. 29, 140-145.

19 Couvelaire R. — Réflexions à propos d'une statistique personnelle de 136 fistules vésico-vaginales. *Journal d'Urol.*, 1953, 59, 150-160.

20 Delerue J. et Courtin P. — La réparation immédiate des fistules vésico-vaginales d'origine obstétricale. *Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst.*, 29 avril 1953, 362-365.

21 Ducassou J. — Traitement des pertes de substances vésico-urétro-vaginales par ischémie chez la femme. *Journal d'Urologie*, 1952, 58, 51-55.

22 Fey B. et Dossot R. — Cure des fistules vésico-vaginales. *Traité de Technique Chirurgicale*, 6, 408-431.

23 Krishnan R.G. — Revue d'une série de 100 cas de fistules vésico-vaginales. *Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire*, février 1949, 56, 22-27.

24 Letac R. — Le trattement des fistules vésico-vaginales en milieu colonial. *Médecine Tropicale*, 1942, 2, 703-717.

25 Letac R. — Cure des fistules inopérables par un procédé non décrit, l'anastomose latéro-latérale urétéro-rectale. *Acad. Chir.* 1943, 256-258.

26 Marion G. — Fistules vésico-vaginales et vésico-utérines. *Traité d'Urologie*, 1, 719-723 ; 2, 1248-1254.

27 Michon et Delinotte. — Fistules vésico et urétro-vaginales. *Encyclopédie Méd.-Chir. Gynécologie*, 207, 234, 1, 11.

28 Picot G. — La voie vagino-périnéale appliquée à la cure des fistules vésico-vaginales haut situées. *Acad. de Chir.* 24 mai 1939, 733-741.

29 Roton. — 36 observations de larges fistules vésico-vaginales opérées et guéries par l'ancien procédé de Sims modifié par Lé Van Mieng. *Rev. Méd. française d'Extrême-Orient,* 1939, 17, 843-864.

30 Roton et Lé Van Mieng. — 36 observations de larges fistules vésico-vaginales par le procédé de Sims. *Journal d'Urologie,* 1939, 47, 243-246.

31 Sabadini L. et Ducassou J. — De la cure des fistules vésico-cervico-vaginales menstrueuses par fermeture de la vessie par les voies vaginales et rétropubiennes combinées et urétro-plastie secondaire. *Journal Chirurgie,* 1951, 67, 305-321.

B) AUTRES ARTICLES

32 Aumont P. — Application de la voie abdomino-périnéale a la cure d'une fistule vésico-vaginale. *Journ. d'Urol.* 1952, 58, 669-671.

33 Baird S.S. et Green A.D. — Fistules traumatiques vésico-vaginales et recto-vaginale. *The Journal of Urology,* 1952, vol. 68, 608-610.

34 Barnes Roger W. et Martin Ivan E. — La cure de la fistule vésico-vaginale. *The Urologic and Cutaneous Review,* 1949, vol. 53, 67-71.

35 Barret M. — Opération de Coffey pour fistule vésico-vaginale. *Journ. d'Urologie,* 1948, 54,, 181-182.

36 Beaufond F.H. de. — A propos du traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales. *Journ. d'Urologie,* 1943, 51, 202-204.

37 Bernard L. et Goinard P. — Traitement opératoire des grandes fistules vésico-vaginales. *Algérie Chirurgicale,* 1941, an. 45, 273-277.

38 Bloom B. — Utilisation instrumentale dans le refaire des fistules vésico-vaginales. *The Journal of Urology,* 1953, vol. 69, 528-529.

39 Boisbeunet P. — Création d'un néo-urètre chez la femme par tunnellisation selon la technique de Marion. Artifice opératoire. Résultats éloignés. *Journal d'Urologie,* 1949, 55, 445-447.

40 Boreau J. — Sur un procédé de reconstitution de l'urètre chez la femme. *Journ. d'Urologie,* 1949, 55, 607-611.

41 Borjas A. — Résection trans-urétrale à travers un nouvel urètre. *Journ. d'Urologie,* 1949, 55, 563-564.

42 Bourgeois G.A. — Traitement des fistules de la vessie. *The American Journal of Surgery,* 1952, vol. 83, 671-673.

43 Bramhall T.C. et Marshall D.F. — La réparation extra-péritonéale des fistules vésico-vaginales. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1950, vol. 60, 834-842.

44 Brown P. et Harrisson J.H. — Les cathéters en matière plastique pour drainage permanent. *The Journal of Urology*, 1951, vol. 61, 85-105.

45 Bruni P. et Niccoli. — Contribution à la connaissance des fistules urétéro-utérines. *Giornale Italiano di Chirurgia*, 1953, vol. 9, 157-167.

46 Brunschwig Alexander et Pierce. — Méthode pour anastomose urétéro-colique. *Surgery*, 1951, vol. 62, 125-128.

47 Buchert W.I. — Traitement des fistules vésico-vaginales. *The Journal of Urology*, 1953, 69, 665-676.

48 Cadenat. — Traitement des fistules vésico-vaginales. *Acad. Chirurgie* 31 mai 1939, 760-762.

49 Carajod E. et Beylot. — Fistule vésico-vaginale ancienne guérie par le procédé de Marion-Pérard. *Lyon-Chirurgical*, 1948, 43, 498-500.

50 Carter B., Palumbo L., Creadick R.N. et Rass R.A. — Fistules vésico-vaginales. *Amer. Journ. of Obst. and Gyn.* 1952, 63, 479-496.

51 Casalta E. et Angeletti M. — Traitement des fistules vésico-vaginales. *Marseille Chirurg.*, 1951, 3, 462-464.

52 Chaffin R.C. — Fistule vésico-vaginale ; une amélioration à la méthode de traitement post-opératoire utilisant le drainage succion de Chaffin. *The Amer. Journ. of Surgery*, 1946, 71, 305-311.

53 Cibert J. Collenet J. et Canlanval L. — Fistule urétéro-vésico-vaginale traitée selon le procédé de Marion-Pérard ; résultat de 8 ans. *Journ. d'Urologie*, 1951, 57, 63.

54 Coiquaud A. — Sur dix cas de fistules vésico-vaginales inopérables traitées par anastomose urétéro-intestinale chez des musulmanes. *Maroc Médical*, 1951, 30, 724-726.

55 Cordonnier Justin J. — Anastomose urétéro-sigmoïdienne. *Surg. Gynéc. and Obstetrics*, 1949, 88, 441-446.

56 Cordonnier Justin J. — Anastomoses urétéro-sigmoïdiennes. *The Journal of Urology*, 1950, 63, 276-285.

57 Creevy C.D. — Quelques observations sur l'absorption intestinale après urétéro-sigmoïdostomie. *Transactions of the American Association of Genito Urinary Surgeno*, 14-19-20, 21 juin 1952, Baltimore 1953, 25-33.

58 DARGET R. — Fistule urétéro-vaginale guérie par implantation directe de l'uretère dans l'intestin. *Journ. d'Urologie,* 1948, 54 468-470.

59 DAVID Annis, HUNIER W.R. et WELIS Charles. — Implantation urétérale dans une anse intestinale isolée. *The Lancet,* 1953, vol. 1, 1172-1176.

60 DECHERD GUESS J. — Le traitement de la fistule vésico-vaginale. *The Urologic and Cutaneous Review,* 1948, 52, 157-159.

61 DOUGLAS D.M. — Les fistules irréparables en Irack. *British Medical Journal,* July 1945, 78-80.

62 DOBRZANIECKI Wladyslaw et GRABOWSKI Witold. — La valeur morphologique et fonctionnelle de l'urographie intra-veineuse pour les fistules uro-génitales. *Gyn. et Obst.* 1934, 29, 526-537.

63 ESTIENNY E. — Traitement dans post-partum immédiat des fistules vésico-vaginales. *Bull. de la Féd. des Soc. de Gyn. et d'Obst. de langue française,* 1951, 3, 325.

64 EYOUB. — Traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales par le nouveau procédé de suture. *Annales Médico-Chirurgicales,* novembre 1938, 3, n° 9.

65 FONTAINE René et AMBARD *Dominique.* — A propos de cinq cas d'implantation urétéro-colique pour exstrophie de la vessie. *Journ. de Chirurgie,* 1945, 61, 233-240.

66 FORET J. et HEUSGHEM. — Remplacement des deux uretères par une greffe iléale. *The Lancet,* 1953, 1, 1181.

67 FUSTEC R. — Etude expérimentale de la dérivation intestinale des urines par une méthode d'anastomose latéro-latérale urétéro-sigmoïdienne. *Thèse,* Bordeaux, 1950, n° 36.

68 GANEM R. — A propos de deux cas de fistule vésico-vaginale. *Bull. Féd. Soc. de Gyn. et d'Obst. de lang. franç.* 1952, 4, 175.

69 GARRIGA ROCA M. — Les grandes fistules vésicales irréparables. Traitement curatif par exclusion totale des voies urinaires inférieures. *Gynécologie et Obstétrique,* 1934, 29, 409-428.

70 GOINARD P. et BUTORI P. — Sur les anastomoses urétéro-coliques pour fistule vésico-vaginale. *Journ. d'Urologie,* 1951, 57, 498-500.

71 GONZALEZ PASTOR R. et RIOSECO E.G. — Sur les anastomoses urétéro-intestinales dans les fistules vésico-vaginales incurables. *Journal d'Urologie,* 1939, 47, 128-137.

72 GUEDJ P., CALLIGE P., MONTANDON F. et SAUVAGE A. — Fistules vésico-transvésicale et par voie vagino-périnéale. *Journ. d'Urologie,* de Coffey. *Constantine Médicale,* 1951, an. 2, 131-133.

73 HAYES S.N. — La technique opératoire des fistules vésico-vaginales et urétro-vésico-vaginales. *Surg. Gyn. and Obstetrics*, 1945, 80, 346-354.

74 IMMERGUT S. et COTTIER Z.R. — La cure trans-vésicale de la fistule vésico-vaginale. *The Journal of Urology*, 1950, 63, 865-871.

75 JAMAIN J. — Fistule vésico-vaginale opérée successivement par voie transvésicale et par voie vagino-périnéale. *Journ. d'Urologie*, 1941, 49, 364-366.

76 KELLER R. — Résultats opératoires de quelques fistules uro-génitales particulières. *Archives franco-belges de Chirurgie*, juillet 1932.

77 KELLER R. et KELLER B. — Fistules vésico-vaginales. *Gyn. et Obst.*, 1951, 50, 265-269.

78 KERVRAN P. — Les opérations de dérivation par implantation des uretères dans l'intestin dans le traitement des fistules vésico-vaginales et urétro-vaginales. *Journ. de Chir.* 1935, 45, 963.

79 LAFONT A. — Graves fistules vésico-vaginales traitées par la greffe placentaire. *Gyn. et Obst.* 1946, 45, 510.

80 LANTHIER P. — Cure d'une fistule vésico-vaginale par électro-coagulation. Guérison. *Acad. Chir.*, 6 nov. 1946, 470-471.

81 LAPIDUS M. — La déviation intestinale des urines dans les brèches vésico-vaginales. *Maroc Médical*, 1951, 30, 745-746.

82 LATZKO W. — Contribution au traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales compliquées. *Journ. Chir.*, 1927, 37, 909.

83 MACQUET P. et LAFRANCE L. — La réparation des fistules vésico-vaginales par voie transvésicale. *Echo Médical du Nord*, 1946, 17, 65-74.

84 MAGUIDSON M.I. — Formation d'une vessie urinaire artificielle par l'intestin grêle, comme méthode de traitement des fistules uro-génitales vastes. *Gyn. et Obst.* 1937, 36, 438-445.

85 MAIRE G. — Fistule vésico-vaginale d'origine obstétricale ; électro-coagulation locale ; guérison. *Bull. de l'Ass. des Gyn. et Obst. de lang. franç.* 1950, 2, 87.

86 MAKKAS. — Le traitement de l'exstrophie vésicale en utilisant le caecum comme vessie et l'appendice comme urètre. *Journ. de Chirurgie*, 1910, 5, 405.

87 MARTIN L. et BORMIOT. — Fistule vésico-vaginale géante ; utilisation de la position génupectorale pour l'opération ; guérison; *Bull. Soc. Franç. d'Urologie*, 1939, 123-129.

88 MARY S. SHERMAN. — Modifications du squelette apres urétéro-sigmoïdostomie bilatérale. *Surg. Gyn. and Obst.* 1953, 97, 159-161.

89 MERRICKS James W., GILCHRIST R.K., HAMLIN Howard et RIEGER I.T. — Réfection de la vessie et de l'urètre en utilisant le caecum comme vessie et l'iléon comme urètre. *The Journal of Urology,* 1951, 65, 581-589.

90 MILLER Cl. — La cure de la fistule vésico-vaginale par la voie sus-pubienne. *The Urologic and Cutaneous Review,* 1949, 53, 83-85.

91 MOIR J. Ch. — Réparation de la fistule vésico-vaginale ; l'incontinence maîtrisée par la greffe de fascia. *Procedings of the Royal Society of Medicine,* 1945, 38, 662.

92 NATHAN P. SEARS. — L'opération sus-pubienne trans-vésicale de la fistule vésico-vaginale. *The Amer. Journ. of Obst. and Gyn.,* 1930, 18, 267-273.

93 O'CONOR J.O. — Fermeture non chirurgicale des fistules vésico-vaginales. *Surg. Gyn. and Obst.,* 1940, 70, 826-827.

94 O'CONOR J. et KENNETH SOKOL J. — La fistule vésico-vaginale du point de vue de l'urologiste. *The J. of Urology,* 1951, 66, 579-585.

95 PARRES A. — Traitement endoscopique des fistules vésico-vaginales et vésico-utérine. *Maroc Médical,* 1951, 30, 721-724.

96 PELKOVIC S. — Le rein muet à l'urographie et l'urétéro-colostomie. *Journ. d'Urologie,* 1953, 59, 68.

97 PERRIN. — Le colpocléisis dans le traitement des fisttles vésico-vaginales incurables ; résultats éloignés. *Lyon Chirurgical,* 1944, 39, 90-92.

98 PHANEUF L.E., GRAVES R.C. — Fistule vésico-vaginale, son traitement ; une opération intra-vésicale pour certains cas difficiles. *Surg. Gyn. and Obstetrics,* 1949, 88, 155-169.

99 PILVEN M.F. — Fermeture des fistules vésico-vaginales. *La Presse Médicale,* an. 52, 188, n° 12.

100 REICH W. — Observation supplémentaire sur le traitement combiné gynécologique et urologique de la fistule vésico-vaginale. *The Urologic and Cutaneous Review,* 1947, 51, 566-568.

101 ROMERO AGUIRE F. — Problèmes chirurgicaux de l'urétéro-sigmoïdostomie transpéritonéale. *Archives espagnoles de Urologia,* 1953, 9, 115-128.

102 SCOTT W.W. et WILSON Karl M. — Technique opératoire du traitement des fistules vésico-vaginales et urétéro-vaginales. *Surg. Gyn. and Obstetrics,* 1939, 69, 663-667.

103 Scrivner W. — Réparation avec succès d'une fistule vésico-vaginale, complication d'un cancer du col. *The Amer. Journ. of Obst. and Gyn.* 1947, 53, 964.

104 Rubin Seymour W. et Goldstein Albert E. — Implantation bilatérale des uretères dans la vessie : revue de la littérature. *The Urologic and Cutaneous Review,* 1950, 54, 513-518.

105 Sundberg Axel Ingelmann. — Réparation par voie vaginale des larges fistules urétro-vésico-vaginales. *Journ. Chir.* 1952, 68, 328.

106 Taddei T. — Sur la typhlo-urétérostomie après exclusion du caecum et appendicectomie dans le traitement de l'exstrophie vésicale. *Journ. Chir.* 1913, 10, 387-388.

107 Taylor W.M.N. — La restauration transvésicale de la fistule vésico-vaginale. *The Journal of Urology,* 1948, 60, 488-492.

108 Topuz M. — Traitement des fistules vésico-vaginales. *Bull. Féd. Soc. de Gyn. et d'Obst. de lang. franç.* 1952, 4, 654-659.

109 Torres Leon F. — Le traitement des fistules vésico-vaginales. *Journ. d'Urol.* 1951, 57, 820-826.

110 Turner B.W. — Fistule vésico-vaginale. *Journ. of Urology,* 1947, 58, 359-366.

111. Vergoz et Brincat. — Chirurgie des fistules co-existantes vésico et recto-vaginales. Comptes rendus de la Soc. franç. de Gyn., 22 novembre 1938, 306-313.

112 Van Weel W. Technique de conservation de greffons artériels. Archivium Chirurgicum Neerlandicum, 1953, 5, 233, *in Presse Médicale,* 1953, 61, 1562.

113 Wilson J.M. — Fistule urétéro-vésico-vaginale d'origine obstétricale. *The Urologic and Cutaneous Review,* 1947, 51, 71-74.

114 Woodman Stewart. — Le traitement des fistules vésico-vaginales ; références spéciales sur l'implantation des uretères ; *Journ. Chir.* 1937, 49, 805.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

PREAMBULE 11

CHAPITRE PREMIER. — ETIOLOGIE 15

CHAPITRE II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

A) Les F.V.V. proprement dites ou fistules de la cloison 23

B) Les fistules V.C.V. ou fistules du col vésical .. 26

C) Les F.V.V. avec destruction urétrale 30

Les lésions secondaires et associées 42

CHAPITRE III. — CLINIQUE :

L'examen clinique 47

Les examens paracliniques 53

CHAPITRE IV. — TRAITEMENT CHIRURGICAL. GÉNÉRALITÉS.. 69

Le problème de la suture immédiate 73

L'exposition de la fistule 75

La suture 76

La dérivation des urines 77

Chapitre v. — La voie transpéritonéo-vesicale de Legueu 79

Chapitre vi. — La voie vésicale 81

Chapitre vii. — La voie basse vaginale 87

A) La cure par voie basse des fistules de la cloison 90

B) La cure par voie basse des fistules du col vésical L'opération de Marion 95

Chapitre viii. — Les voies rétro-pubiennes :

A) La libération vésico-urétrale rétro-pubienne complémentaire. 100

B) La voie d'abord rétro-pubienne des fistules avec destruction étendue de la vessie et de l'urètre.. 104

C) Le retournement vésical 110

Chapitre ix. — La réfection vésicale 127

Chapitre x. — Les néo-urètres 133

L'opération de Marion 137

Le Sabadini 138

Néo-urètre avec greffon cutané 140

Néo-urètre avec greffon veineux 146

Néo-urètre avec greffon artériel 148

Les trocardisations 148

Conclusions 150

Chapitre xi. — Les fistules recto-vaginales associées aux fistules vésico-vaginales 151

Chapitre xii. — La dérivation colique des urines 159

Chapitre xiii. — La plastie cysto-urétrale 163

Chapitre xiv. — Les indications opératoires 167

Observations résumées 171

Conclusions 185

Bibliographie 189